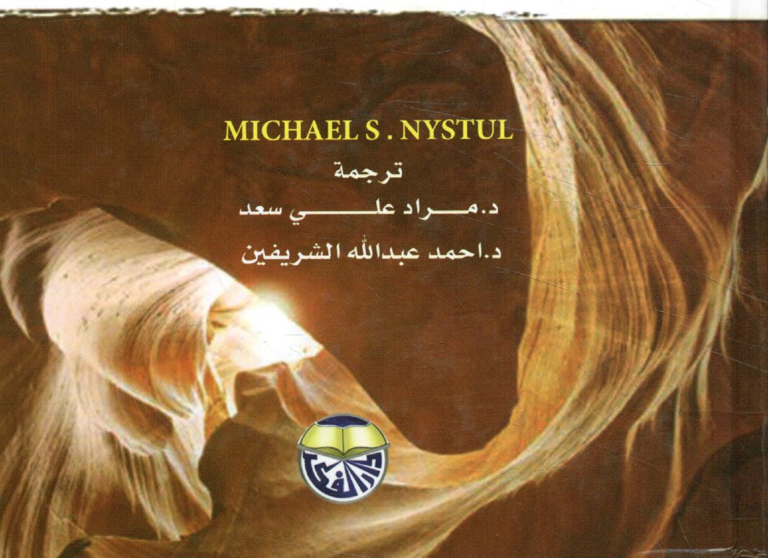
المدخل الى الارشاد النفسي

من منظور فني وعلمي

INTRODUCTION TO CONUNSELING

An Art and Science Perspective

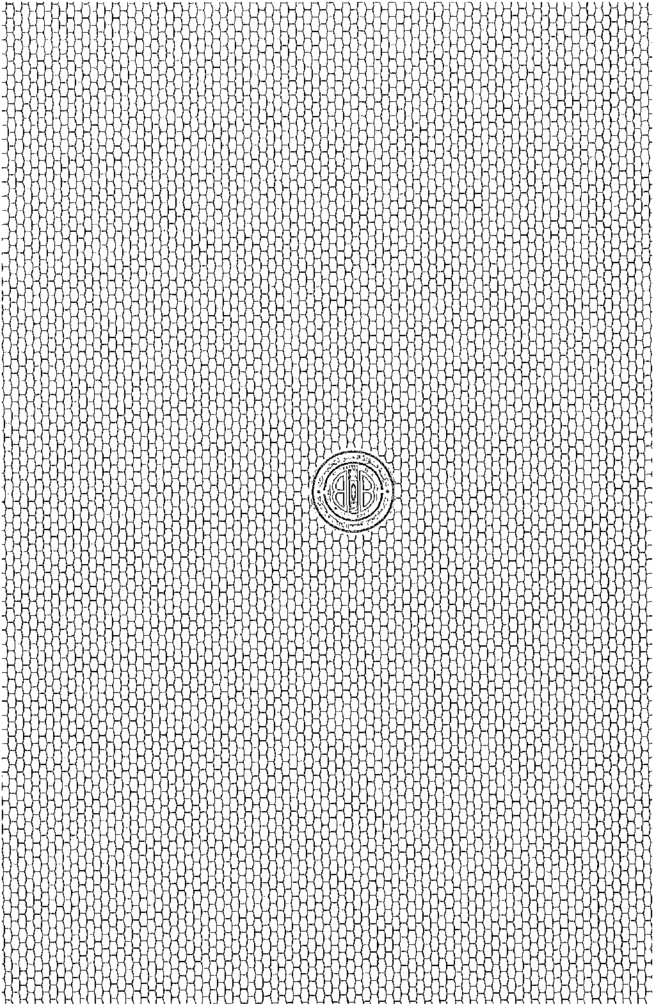


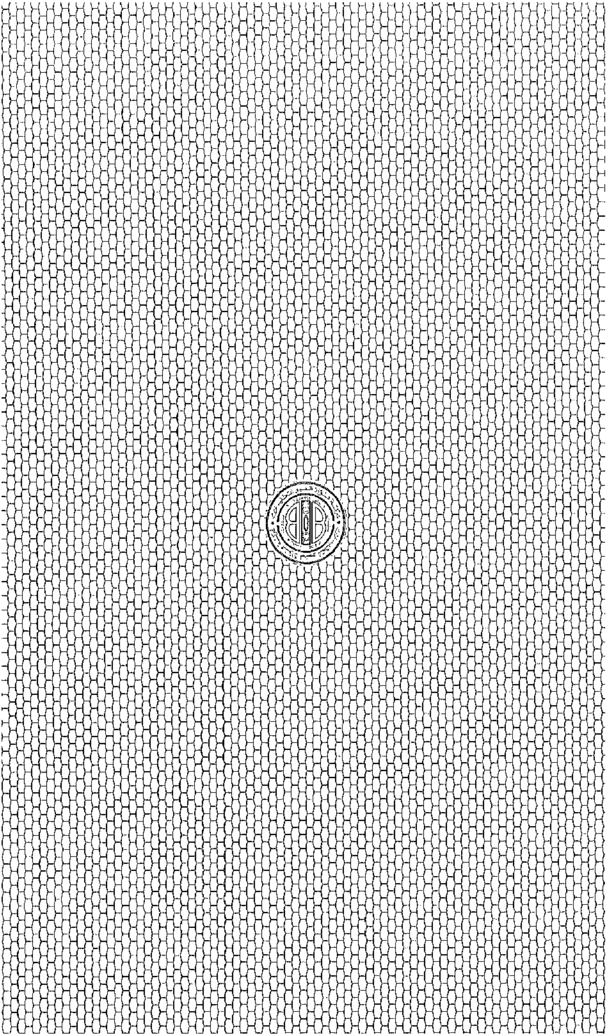
MICHAEL S . NYSTUL

ترجمة

د. مـــراد علـــــي سعد

د. احمد عبدالله الشريفين





بسم الله الرحمن الرحيم

المدخل الى الارشاد النفسي

من منظور فني وعملي

INTRODUCTION TO CONUNSELING

An Art and Science Perspective

Authorized translation from the English language edition, entitled **INTRODUCTION TO COUNSELING: AN ART AND SCIENCE PERRSPECTIVE** , 4th Edition, ISBN 0137016107, by NYSTUL , MICHAEL S .; publishing by Pearson Education, Inc, publishing as Merrill Copyright @ 2011

MICHAEL S . NYSTUL

المدخل الى الارشاد النفسي من منظور فني وعملي/ترجمة: د. د.مراد علي سعد/احمد عبدالله الشريفين

عمان - دار الفكر ناشرون وموزعون 2015

ر.أ.: **2013/7/2297**

الواصفات:الارشاد النفسي//التوجيه//التربية

* أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

* يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الطبعة الأولى ، 2015 - 1436

حقوق الطبع محفوظة

www.daralfiker.com

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان

ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري

هاتف: 4621938 6 962+ فاكس: 4654761 6 962+

ص.ب: 183520 عمان 11118 الأردن

بريد الكتروني: info@daralfiker.com

بريد المبيعات: sales@daralfiker.com

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.

جميع الحقوق محفوظة، لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أيّ جزء منه، أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات، أو نقله بأيّ شكل من الأشكال، دون إذن مسبق من الناشر.

ISBN: 978-9957-92-053-1

المدخل الى الارشاد النفسي

من منظور فني وعملي

INTRODUCTION TO CONUNSELING

An Art and Science Perspective

MICHAEL S . NYSTUL

ترجمة

د. مراد علي سعد

د.احمد عبدالله الشريفين

الطبعة الأولى
1436-2015

دار الفكر
ناشرون وموزعون

المحتويات

الجزء الأول: لمحة عامة عن الإرشاد النفسي والعملية الإرشادية

الفصل الأول: لمحة عامة عن الإرشاد النفسي

مرحباً بك في مجال الإرشاد النفسي 24
ما هو الإرشاد النفسي؟ 25
فن وعلم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 25
الإرشاد النفسي كسرد قصصي 28
الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 30
التمييز بين المساعدة الرسمية وغير الرسمية 32
الصفات الشخصية لمقدّم المساعدة الفعّال 33
مهن المساعدة 36
الإرشاد النفسي: الماضي، الحاضر، المستقبل 37
الإرشاد النفسي من المنظور التاريخي 38
الاتجاهات المعاصرة 41
الملخص 48
الاستكشاف الشخصي 49

الفصل الثاني: الإعداد المهني والقضايا الأخلاقية والقانونية

كيف تصبح مرشداً نفسياً محترفاً 51
الدراسة الرسمية والانتساب المهني 52
الشهادة والترخيص 52
التربية المستمرة 52
الانخراط المهني 54
القضايا الأخلاقية – القانونية 54
القضايا الأخلاقية 55
القضايا القانونية 60
القضايا القانونية في الرعاية المنظمة 63
القضايا القانونية 64
القضايا المتعلقة بالعلاج النفسي الأسري والزواجي 64
القضايا الأخلاقية ذات الصلة بالإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين 66
اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية 72
أمثلة عيادية 75
قضايا التنوع 78
الخلاصة 79
الاستكشاف الشخصي 79

الفصل الثالث: العملية الإرشادية

فن وعلم العملية الإرشادية 81
المراحل الست لعملية الإرشاد النفسي 82
المرحلة الأولى: بناء العلاقات 83
المرحلة الثانية: التقويم والتشخيص 91
المرحلة الثالثة: صياغة الأهداف الإرشادية 90
المرحلة الرابعة: التدخل وحل المشكلات 92

المرحلة الخامسة: النهاية والمتابعة 96
المرحلة السادسة: البحث والتقييم 97
مهارات الاستماع 97
مهارات الاستماع الأولية 98
مهارات الاستماع الثانوية 100
الإرشارد النفسي المختصر 101
الاستماع الفعال "للنهي "لا تفعل" 102
الاستماع الفعال "افعل للطلب" 103
كلمة أخيرة عن مهارات الاستماع 103
الاتجاهات الحديثة في العملية الإرشادية 104
الوجدانيات 104
الاتجاهات المستقبلية 106
مناهج الإرشاد الموجز (المختصر) 110
الإرشاد النفسي الموجز الذي يتمركز حول الحل 111
المشكلات الشائعة للمرشدين النفسيين المبتدئين 114
التركيز على القضية الأولى في الجلسة 115
التغافل عن القضايا الجسمية والطبية 115
الرغبة في إنقاذ المسترشدين من تعاستهم 115
امتلاك الميول نحو الكمال 116
امتلاك توقعات غير واقعية 117
تركيز الاهتمام على أساليب الإرشاد الحديثة أكثر من مشكلات المسترشد نفسها 117
ضياع المرشد العملية الإرشادية 117
استخدام مراحل غير مناسبة 118
امتلاك الرغبة المفرطة للمساعدة 118
امتلاك الحاجة المبالغ فيها لنيل حب الآخرين 119
الاندماج الوجداني المبالغ فيه 119
أخذ الأشياء بشكل شخصي 119
صعوبة في التمييز بين الطبيعي وغير الطبيعي 120
عدم التأكد من الانفتاح النفسي 120
عدم التأكد من السرية 120
قضايا التنوع 121
الملخص 122
الاستكشاف الذاتي 123

الفصل الرابع: القياس و التشخيص
فن وعلم القياس والتشخيص 126
القياس والتشخيص 126
القياس 126
تقييم الاختبارات 127
تطبيق الاختبارات وتفسيرها 128
التحيز الاختباري 130
أنواع الاختبارات 132
التشخيص 139
المنظور التاريخي 139
الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية (الإصدار الرابع) 145
المقابلة الإكلينيكية (في العيادة) 145
التخطيط للعلاج 147
قضايا التنوع المستقبلية في التقييم والتشخيص 151

الخلاصة 154
الاستكشاف الشخصي 155

الفصل الخامس: البحوث والتقييم في الإرشاد النفسي
فن وعلم البحوث والتقييم 157
غرض البحوث والتقييم 158
النظرية، البحوث، والممارسة 158
البحوث، التقييم لتوصيل المسؤولية التربوية للمرشد النفسي 160
إسهام البحوث في المجال الإرشادي 161
استعراض لأنواع البحوث 162
أنواع المناهج البحثية 162
نقاط الضعف في بحوث الإرشاد النفسي التقليدي 164
مناهج البحث النوعي 165
تقييم المناهج النوعية 171
تصميمات الحالة الواحدة 171
قضايا التنوع المستقبلية في البحوث والتقييم 177
الخلاصة 179
الاستكشاف الشخصي 179

الجزء الثاني: تنمية مدخل شخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة
الفصل السادس: تنمية مدخل شخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة
فن وعلم تنمية المدخل الشخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة 182
تنمية مدخل شخصي للإرشاد النفسي 186
النموذج ثماني المراحل لتنمية المدخل الشخصي 186
المرحلة الأولى - التقييم الذاتي 186
المرحلة الثانية - الدراسة المسيحية لفروع المعرفة الداعمة 187
المرحلة الثالثة - استعراض للنظريات الرئيسية في الإرشاد النفسي 192
المرحلة الرابعة: الدراسة المركّزة لأحد نظريات الإرشاد النفسي 193
المرحلة الخامسة: الحساسية للفروق الفردية 193
المرحلة السادسة: دمج الأساليب من نظريات الإرشاد النفسي 194
المرحلة السابعة: التطبيق 194
المرحلة الثامنة: البحوث والتقييم 194
الإرشاد النفسي متعدد الثقافات 195
المصطلحات والمفاهيم 195
الإتجاهات النظرية للإرشاد النفسي متعدد الثقافات 196
التحديات القوية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات 197
الإرشاد النفسي كنشاط للطبقة الوسطى البيضاء 197
الطبقة الاجتماعية 197
الجنس 198

الإتجاه الذاتي الداخلي	198
التوجه الجنسي	199
النمطية	199
مشكلات التواصل	199
الافتراضات الخطأ	200
التحيّز الاختباري	203
التحيز	203
العنصرية	204
العدوانية العنصرية الخفية	206
فعالية الإرشاد النفسي متعدد الثقافات	207
مقترحات لدمج المنظور متعدد الثقافات	209
الكفاءة متعددة الثقافات	209
الكفاءة متعددة الثقافات والعدالة الاجتماعية	212
الجدل حول الكفايات متعددة الثقافات	212
وجهة النظر العميقة عن العالم وعن الذات	213
تطور الهوية	215
طرق تقييم النظريات الإرشادية	215
خطوط إرشادية للإرشاد النفسي متعدد الثقافات	219
الخلاصة	221
الاستكشاف الشخصي	221
الفصل السابع: النظريات الكلاسيكية لفرويد، وأدلر، وينج	
فن وعلم النظريات الكلاسيكية	223
استعراض لفرويد، وأدلر، وينج	224
نظرية التحليل النفسي لفرويد	225
المعلومات الأساسية	225
نظرية الشخصية	227
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي	232
الأساليب	233
القضايا المعاصرة	233
مناهج فرويد الموجزة للإرشاد النفسي	235
الخلاصة والتقييم	236
سيكولوجية الفرد لدى أدلر	236
المعلومات الأساسية	236
نظرية الشخصية	237
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي	241
الأساليب	242
القضايا المعاصرة	245
المداخل الموجزة الأدلرينية للإرشاد النفسي	246
الاتجاهات المستقبلية وسيكولوجية أدلر	247
الخلاصة والتقييم	247
علم النفس التحليلي لينج	248
المعلومات الأساسية	248
نظرية الشخصية	249
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي	252
الأساليب	253
قضايا معاصرة	253
مداخل ينج الموجزة للإرشاد النفسي	254
الخلاصة والتقييم	254
النظريات الكلاسيكية واستخدامها في الممارسة المعاصرة	256
قضايا التنوع في النظريات الكلاسيكية	256

الإرشاد النفسي الموجز والنظريات الكلاسيكية 256
الخلاصة 257
الاستكشاف الشخصي 257

الفصل الثامن: النظريات والمداخل الخبراتية
فن وعلم الإرشاد النفسي الخبراتي 259
الإرشاد النفسي الخبراتي 260
النظريات الخبراتية 261
العلاج النفسي المتمركز حول الشخص (المسترشد) 262
المعلومات الخلفية 262
نظرية الشخصية 262
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 263
الخلاصة والتقييم 265
نظرية الجشطالت 266
المعلومات الأساسية 266
نظرية الشخصية 266
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 268
الأساليب 268
الخلاصة والتقييم 268
العلاج النفسي الوجودي 268
المعلومات الأساسية 268
نظرية الشخصية 270
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 272
الأساليب 272
الخلاصة والتقييم 273
العلاج النفسي بالفنون الإبداعية 273
القضايا المهنية 274
العلاج النفسي بالموسيقى 278
العلاج النفسي بالرسم 279
العلاج النفسي بالدراما 281
العلاج النفسي بالرقص 282
العلاج النفسي بالقراءة 283
العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعددة الأشكال والصور 284
الخلاصة والتقييم للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية 287
الاتجاهات البحثية والإرشاد النفسي الخبراتي 287
المداخل الموجزة للإرشاد النفسي الخبراتي 288
قضايا التنوع في الإرشاد النفسي الخبراتي 289
الخلاصة 290
الاستكشاف الشخصي 291

الفصل التاسع: النظريات السلوكية - المعرفية
فن وعلم الإرشاد السلوكي - المعرفي 293
النظريات السلوكية - المعرفية 294
العلاج السلوكي 295
المعلومات الأساسية 295
نظرية الشخصية 298
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 299
302

الخلاصة والتقييم 303
العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني 303
المعلومات الأساسية 304
نظرية الشخصية 307
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 308
الخلاصة والتقييم 309
العلاج النفسي المعرفي 309
المعلومات الخلفية 309
نظرية الشخصية 311
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 312
الخلاصة والتقييم 312
العلاج التفاعلي 312
المعلومات الأساسية 314
نظرية الشخصية 319
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 320
الخلاصة والتقييم 321
العلاج النفسي بالواقع 321
المعلومات الأساسية 322
نظرية الشخصية 324
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 326
الخلاصة والتقييم
العلاج النفسي المطالب بالمساواة بين الجنسين 326
المعلومات الأساسية 326
نظرية الشخصية 327
المفاهيم الرئيسية 328
نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 328
الخلاصة والتقييم 331
قضايا التنوع 333
الاتجاهات المستقبلية (مرحلة ما بعد العلاج) 337
الخلاصة 337
الاستكشاف الشخصي 338

الجـزء الثـالث: المداخل والظروف الخاصة

الفصل العاشر: الإرشاد النفسي الأسري والزواجي 340
فن وعلم الإرشاد النفسي الأسري والزواجي 340
نشأة الإرشاد النفسي الأسري والزواجي 341
التحليل النفسي 341
نظرية النظم العامة 341
البحوث عن الفصام 341
الإرشاد الزواجي وتوجيه الطفل 342
العلاج الجمعي 342
تغيير بنية الأسرة 342
الإرشاد الزواجي مقابل إرشاد الزوجين 342
القضايا والمنظمات المهنية والمتخصصة 343
الأسس النظرية 344
نظرية النظم 344
دورة الحياة الأسرية 349
الإرشاد الزواجي 351
العملية الإرشادية 352
الإرشاد الزواجي القائم على المهارات 352
التقييم الزواجي 353

356

الإرشاد الأسري
الإرشاد النفسي الأسري القائم على 357
التغيير (السيكودينامي) 357
الإرشاد الأسري الخبراتي 358
الإرشاد الأسري البنائي 359
إرشاد الأسرة الإستراتيجيي 360
الإرشاد الأسري عند أدلر
اتجاهات ما بعد المعاصرة/ البنائية 363
الاجتماعية في الإرشاد الأسري 365
العملية الإرشادية
قضايا التنوع في الإرشاد الأسري 366
والزواجي 368
تقييم الإرشاد الأسري والزواجي 369
الخلاصة 369
الاستكشاف الشخصي

الفصل الحادي عشر : الإرشاد النفسي
للطفل والمراهق 372
فن وعلم الإرشاد النفسي للطفل والمراهق 373
الأطفال والمراهقين من منظور تاريخي 373
المراهق 374
نظريات النمو 375
النظريات المعرفية 377
نظريات النمو الخلقي 378
النظريات النفسية – الاجتماعية 379
علم الأمراض النفسية النمائية 380
النظرية الكلاسيكية 381
الاتجاهات النمائية البارزة 387
الذكاء الوجداني 388
قضايا العلاج 388
إجراءات التقييم 392
الأهداف الإرشادية للطفل والمراهق
بحوث الإرشاد النفسي للأطفال 392
والمراهقين
المداخل الإرشادية الخاصة للأطفال 394
والمراهقين
الخطوط الإرشادية للعلاج النفسي 397
باللعب
الخطوط الإرشادية للإرشاد النفسي 399
للطفل والمراهق 402
المشكلات الخاصة للأطفال والمراهقين 402
الإساءة للطفل وإهماله 407
الاكتئاب 412
الانتحار 414
السلوك المعادي للمجتمع
قضايا التنوع وما بعد المعاصرة في 419
الإرشاد النفسي للأطفال / والمراهقين 421
الخلاصة 422
الاستكشاف الشخصي

الفصل الثانى عشر: الإرشاد الجمعي 423
فن وعلم الإرشاد النفسي الجمعي 424
الإرشاد الجمعي 424
الإرشاد الجمعي من منظور تاريخي 426
المقارنة مع الإرشاد الفردي الأسري 426
الإرشاد الجمعي مقابل الإرشاد الفردي 428
الإرشاد الجمعي مقابل الإرشاد الأسري 429

مميزات وعيوب الإرشاد الجمعي 429
أهداف وعمليات المجموعة 430
أنواع المجموعات 432
حل المشكلات والعملية الإرشادية 434
حجم المجموعة، وتركيبها، وفترتها 435
استخدام القادة المساعدين 435
تشخيص وتوجيه ما قبل المجموعات 436
المراحل في الإرشاد الجمعي
الإرشاد الجمعي الموجز المتمركز حول 437
الحل 438
التعامل مع أفراد المجموعة المزعجين 440
الأخطاء الشائعة لقادة المجموعات 440
صفات قادة المجموعات المؤثرين 441
قضايا التنوع 442
الخلاصة 443
الاستكشاف الشخصي

الفصل الثالث عشر: الإرشاد المهني 445
فن وعلم الإرشاد المهني 447
نشأة الإرشاد المهني 447
تقييم الإرشاد المهني 448
الأسس النظرية 448
نظريات التنمية المهنية 452
نظريات اتخاذ القرارات المهنية 456
قضايا العلاج 456
الإرشاد الفردي مقابل الإرشاد المهني 457
أدوات التقييم 459
عملية الإرشاد المهني 460
استراتيجيات التدخل 461
القضايا الخاصة 462
الإرشاد المهني للسيدات 464
الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر 466
قضايا التنوع في الإرشاد المهني 470
الخلاصة 470
الاستكشاف الشخصي

الفصل الرابع عشر: الإرشاد النفسي المدرسي 471
فن وعلم الإرشاد النفسي المدرسي
النموذج النمائي الشامل للإرشاد النفسي 472
المدرسي 474
المنظور النمائي
دور ووظيفة المرشدون النفسيون في 476
الإرشاد المدرسي 476
المنظور التاريخي
بيان دور وتعريف ومعايير الجمعية
الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي، 480
والنموذج القومي 483
الدور والوظيفية بالمستوى الصفي والموقع 483
الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية 484
الإرشاد النفسي في المدرسة الوسطى 485
الإرشاد النفسي في المدرسة الثانوية
الإرشاد النفسي في المدارس القروية 486
(النائية) 488
المهارات والمشكلات الخاصة 488
الاستشارة 492
إرشاد الطلاب الاستثنائيين 500

المشكلات الخاصة 508
الاتجاهات في الإرشاد النفسي المدرسي 510
قضايا التنوع 512
الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل 514
استخدام التكنولوجيا 515
الخلاصة 515
الاستكشاف الشخصي

الفصل الخامس عشر: الإرشاد النفسي للصحة النفسية
فن وعلم الإرشاد النفسي للصحة 518
النفسية 518
القضايا المهنية
دور ووظيفة المرشدين النفسيين للصحة 520
النفسية 521
استراتيجيات التدخل المباشرة 524
الإستراتيجيات الإرشادية غير المباشرة 529
فئات خدمات الصحة النفسية 529
مشكلات المعيشة (الحياة) 530
الاضطرابات العقلية
الاستراتيجيات من المسترشدين 534
الانتحاريين 534
الأسباب 535
الأساطير عن الانتحار 536
استراتيجيات العلاج 540
الإرشاد النفسي لإدمان المخدرات 541
التشخيص 542
قضايا العلاج الخاصة 543
الأهداف الإرشادية 544
الإستراتيجيات العلاجية 546
مراحل التغيير 549
الإرشاد النفسي للشيخوخة 549
الشيخوخة الناجحة 550
القضايا النمائية 552
الاستراتيجيات الإرشادية
خطوط إرشادية للإرشاد النفسي 524
للمسنين 225
الاتجاهات 555
الاتجاهات المستقبلية
الإرشاد النفسي للصحة النفسية 557
والانترنت
الإرشاد النفسي للصحة النفسية في 558
النظام البيئي 559
قضايا التنوع 562
ادارة رعاية 563
الخلاصة 563
الاستكشاف الشخصي 566
المراجع

استهلال

الجديد في هذه النسخة

الإصدار الرابع دمج عدداً من التطورات الحديثة في مجال الإرشاد النفسي، ويشتمل على الاتجاهات التالية:

الإرشاد النفسي متعدد الثقافات

أصبح الإرشاد النفسي متعد الثقافات محوراً رئيسياً في الإرشاد النفسي، كما تم دمج مفاهيم الثقافات المتعددة في كل جزء من هذا الكتاب. ومن أمثلة الموضوعات التي تم تغطيتها مايلى:

- التنافسية في تعدد الثقافات
- العدوانية العنصرية الصغيرة (الحساسية)
- العدالة الاجتماعية / الدفاع
- الامتياز
- علم النفس للتحرر
- البحوث متعددة الثقافات

الميثاق الأخلاقي وأفضل الخطوط الإرشادية للممارسة

هناك العديد من المؤسسات المهنية المتخصصة قد حدثت ميثاقها الأخلاقي والخطوط الإرشادية للممارسة المهنية على سبيل المثال، حدثت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي ميثاقها الأخلاقي في عام 2005، وحدثت جمعية المتخصصين في العمل الجماعي أفضل الخطوط الإرشادية للممارسة للمتخصصين في العمل الجماعي عام 2007. هناك عدد من التغيرات كان لها تأثير على الممارسة المهنية، بعضها يرتبط بما يلى:

- العلاقات المتبادلة
- السرية والتواصل المميز
- سعادة ورفاهية المسترشد
- الاتفاق المعلن
- الكفاءات متعددة الثقافة
- البحوث والمنشورات

- العلاقة الإرشادية
- الإشراف، التدريب، والتدريس
- الإرشاد الجمعي
- مرض المناعة المكتسب "الايدز"
- الإرشاد النفسي على الانترنت.

التصميمات البحثية

الجزء في الفصل الخامس عن التصميمات البحثية اتسع ليشمل ما يلي:

- النظرية الأساسية
- تصميمات البحوث المختلفة (دمج طرق الكمية النوعية)
- اتجاهات جديدة عن قضايا البحوث متعددة الثقافات
- اتجاه جديد عن تصميم الفرد الواحد

الاستراتيجيات التي تقوم على الوعي و اليقظة

الاستراتيجيات التي تقوم على الوعي واليقظة تعتبر اتجاهاً ناشئاً في الارشاد السلوكي المعرفي هناك العديد من النظريات الجديدة، اشتمل عليها الفصل التاسع، وهي:

- علاج السلوك اليومي
- العلاج النفسي المعرفي الذى يقوم على الوعي واليقظة
- تقليل الضغط القائم على الوعي واليقظة
- العلاج النفسي بالالتزام بالتقبل

الإرشاد النفسي المدرسي

تشتمل الاتجاهات الحديثة في الإرشاد النفسي المدرسي على مايلي:

- النموذج القومي الحديث
- العدالة الاجتماعية والدفاع
- الأساليب المفضلة للممارسة

الإرشاد النفسي للصحة النفسية

الاتجاه الناشئ في الإرشاد النفسي للصحة النفسية هو الإرشاد النفسي للمسنين. يشتمل الفصل الخامس عشر على مناقشة القضايا التالية:

- الأفراد للمسنين
- استراتيجيات الإرشاد النفسي لمسنين
- القضايا متعددة الثقافة في الإرشاد النفسي للمسنين
- العوامل المساعدة في نجاح الشيخوخة
- العوامل في المساعة في إطالة امد الشيخوخة (التعمير)
- القضايا النمائية في الشيخوخة
- رعاية نهاية الحياة

سمات هذا الكتاب

هذا الكتاب استعراض لمهنة الإرشاد النفسي، حيث كتب عن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي كفن وعلم، وهو موضوع يمتد في كل جزء من هذا الكتاب في محاولة لتوضيح التوازن بين الأبعاد الموضوعية والشخصية للإرشاد النفسي.كما وضعت أيضاً ملحوظات شخصية في كل فصول الكتاب - تلك الملحوظة التي تقدم تبصرات تقوم على خبرة إكلينيكية في عيادة الطبيب النفسي تزيد على 40عاماً. **الجزء الأول** من هذا الكتاب يقدم استعراضاً للإرشاد النفسي والعملية الإرشادية.

كما أنه يحاول تقديم إطار عمل مفاهيمي لفهم ماهية الإرشاد النفسي والعملية الإرشادية. يقدم الفصل الأول نماذج عديدة يمكن استخدامها لصياغة مفاهيم الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد النفسي والعلاج النفسي كفن وعلم، المساعدة الرسمية مقابل غير الرسمية، الإرشاد النفسي من منظور تاريخي، والاتجاهات المتعددة في الإرشاد النفسي. أما الفصل الثاني، فيقدم معلومات عن الإعداد المهني والقضايا الأخلاقية - القانونية. في حين أن الفصل الثالث استعراض لعملية الإرشاد النفسي ووصف لفن مهارات الاستماع. أما الفصل الرابع والخامس فيغطيان فن وعلم القياس، والتشخيص، والبحوث، والتقييم.

أما **الجزء الثاني** من الكتاب، فيقدم معلومات عن صياغة المدخل الشخصي للإرشاد النفسي من منظور تعدد الثقافات. والفصل السادس يقدم خطوط إرشادية خاصة لتنمية المدخل الارشادي. أما الفصول السابع والثامن، فتخاطب النظريات الإرشادية الرئيسية التي يمكن استخدامها في المدخل الارشادي للفرد. كما أن هناك اهتمام خاص بالحاجة إلى إبداع منظور متعدد الثقافات في صياغة وتطبيق النظريات والإجراءات الإرشادية. كما يتم مخاطبة أهمية اعتبار الاتجاهات الناشئة مثل الروحانية، التنوع، الثقافة المتعددة، ما بعد المعاصرة، والإرشاد الموجز.

أما **الجزء الثالث** من هذا الكتاب، فيشتمل على الفصول من العاشر إلى الخامس العاشر، والتي تخاطب المداخل الخاصة، والمواقع للمرشدين النفسيين. بعدما اكتسب المرشدون النفسيون المعرفة والمهارات الأساسية في الإرشاد النفسي- من الشائع البدء في تنمية الخبرة في العمل مع الأفراد والمواقع مثل إرشاد الأطفال والمراهقين في المدارس أو العمل مع قضايا الصحة النفسية في العيادات، والمستشفيات، والممارسات الخاصة. من الممكن أن تكون مداخل خاصة في الإرشاد النفسي، مثل الإرشاد الأسري والزواجي، والإرشاد النفسي للطفل والمراهق، والإرشاد الجمعي، والإرشاد المهني - صور مفيدة للمرشدين النفسيين الذين يعملون مع المرضى لتعزيز النمو الأمثل عبر الحياة. هناك العديد من التحديات والمكافئات المرتبطة بتنمية هذه المهارات والممارسات الخاصة المرتبطة بمهنة الإرشاد النفسي كما ذكرت في الجزء السابق، فإن الجديد في هذا الإصدار يتمثل في انني حاولت دمج الاتجاهات الحديثة التي تنطوي على الإرشاد متعدد الثقافات، الميثاق الأخلاقي، وأفضل إرشارات الممارسة، والتصميم البحثى، والمداخل التي تقوم على الوعى بالمسؤوليات والإرشاد النفسي

المدرسي، والإرشاد النفسي للمسنين. كما قدمت أيضاً معلومات عن كيف يمكن استخدام مختبر المساعدة الذاتية مع كل فصل. هذه الاتجاهات – معاً – تقدم فرصاً للتحويلات النموذجية الرئيسية التي يمكن أن تعيد تعريف العناصر الهامة في النظرية، والبحوث، والممارسة في الإرشاد النفسي. الهدف الأخير لهذه التغييرات هو تنمية نماذج للمساعدة أكثر شمولية وتكيفية، ويمكن ترجمتها إلى طريق مساعدة فعالية في ضوء بيئة الموارد القليلة الموجودة في البيئة. حقيقة، أنه لوقت مثير ومكافئ لاستكشاف مجال الإرشاد النفسي.

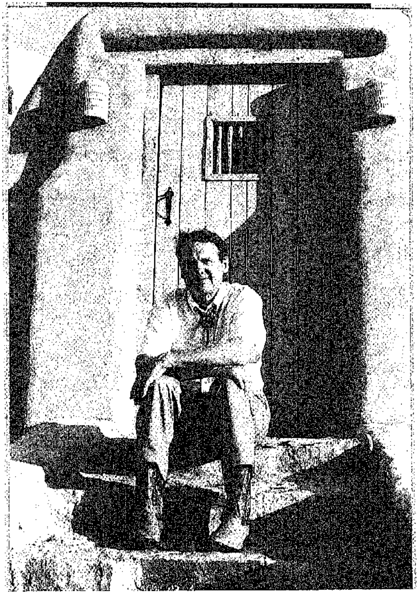
شكر وعرفان

أود أن أشكر عدداً من الأفراد الذين قدموا مداخلات قيّمة، وأفكار جيدة، وتشجيعات جليلة في هذا الكتاب، وهم: إيف أدمز، جيرالد بيكر، جون كارلسون، جيرالد كورى، مارتن جرير، ساندي ينوسم، مايكل والدو، ريتشارد واطس، وهيزر زينز. كما اود أن أشكر البروفيسور بيتر شيهان، ودكتور فرانك زيران – وهما استاذان متميزان، كان لهما الفضل في أن تصبح حياتى المهنية ممكنة.

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان لثلاثة أفراد – كان لخبرتهم، وتشجيعهم، ومساعدتهم دوراً رئيسياً في ظهور هذا الإصدار هم: ميريدث فوسيل، ماري إفين، ونانسي هولستين. كما أود أن أشكر زوجتي لورا، لتشجيعها، وحبها، ودعمها في كتابة هذا الكتاب.

عن المؤلف

حصل مايكل إس. نيستول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة ولاية أويجون في عام 1974. وحصل على درجة الأستاذية في قسم الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي في جامعة ولاية نيومكسيكو. البروفيسور نيستول أخصائي نفسي معتمد، كما أنه أخصائي نفسي مدرسي، عمل نيستول في العديد من المواقع الأكلينيكية مثل المدارس، والمستشفيات، ومراكز الصحة النفسية في المجتمع المحلي، ومراكز الجامعة للإرشاد النفسي، والممارسة الخاصة. وأول منصب تقلده كان أخصائي مدرسي في مدرسة ابتدائية في عام 1970. واستمر في اهتمامه بالعمل مع الأطفال والمراهقين ويقدم، حالياً الخدمات النفسية للمدارس في ديمنج، نيومكسيكو. للبروفيسور نيستول أكثر من 100 عمل منشور، ربما في ذلك المقالات في المجالات، والكتب والفصول. لديه من الأطفال ثلاث بنات، وخمسة أحفاد، ويعتمد على زوجته لورا في الحفاظ على التوازن في حياته



الجزء الأول

لمحة عامة عن الإرشاد النفسي والعملية الإرشادية

يقدّم الجزء الأول إطار عمل مفاهيمي لفهم الإرشاد النفسي والعملية الإرشادية. ويتناول هذا الجزء الفصول التالية:

الفصل الأول: لمحة عامة عن الإرشاد النفسي

الفصل الثاني: الإعداد المهني والقضايا الأخلاقية والقانونية

الفصل الثالث: العملية الإرشادية

الفصل الرابع: التقويم والتشخيص

الفصل الخامس: البحوث والتقييم فى الإرشاد النفسي

الفصل 1

لمحة عامة عن الإرشاد النفسي

إطلالة على الفصل

يقدّم هذا الفصل العديد من النماذج التي يمكن إستخدامها لصياغة مفاهيم الإرشاد النفسي، ويشتمل هذا الفصل على ما يلي:

- فن وعلم الإرشاد النفسى والعلاج النفسي
- الإرشاد النفسى كسرد للقصص
- الإرشاد النفسي مقابل العلاج النفسي
- المساعدة الرسمية مقابل المساعدة غير الرسمية
- مهنة المساعدة
- الإرشاد النفسي من منظور تاريخي
- الاتجاهات المستقبلية فى الإرشاد النفسي
- الصفات الشخصية لمقدمي المساعدة الأكفياء.

مرحباً بك في مجال الإرشاد النفسي WELCOME TO THE FIELD OF COUNSELING

من الممكن أن يصبح الإرشاد النفسي محل اهتمامك حتى وإن لم تكن لديك الرغبة في أن تكون مرشداً نفسياً متخصصاً، حيث إن الإرشاد النفسي يوفّر أدوات للفهم، والربط، والمساعدة يمكن استخدامها لتعزيز الوعي الذاتي، والتحسن الذاتي، وتعزيز كل مظاهر الحياة، بما فيها العلاقات البينشخصية، ومواجهة الضغوط، وحل المشكلات.

من الممكن أن يكون الإرشاد النفسي كأسلوب حياه مثيراً، ومُحبباً، ومن ثم فإن هناك أسباب عدة تجعلك ترغب في أن تكون مرشداً نفسياً. ربما ترى أن مساعدة مسترشد يمر بأزمة ما، أو مساعدته في تنمية أسلوب حياة فعاّل وذي معنى – شئ يرضيك شخصياً. ربما تجد الناس ممتعين، أو قد تكون أنت لديك الشوق لتعرف كيف يعمل الدماغ، أو ربما تستهويك بعض الحالات غير العادية مثل الفصام. ربما ترى التحدى للعمل في مهنة جديدة نسبياً يروق لك، ويستهويك. فالإرشاد النفسي يعطى فرصاً عديدة لمارسية ليسهموا إسهاماً عظيماً في مهنة الإرشاد. من الممكن أن تطوّر مداخل جديدة للإرشاد النفسي أو، قد تصبح منشغلاً بقضايا الترخيص المهني. هناك طرق عديدة لإدخال نفسك في مهنة الإرشاد النفسي، وهذا الكتاب يحاول مساعدتك في تحديد بعض أوجه الإرشاد النفسي التي ترغب في استكشافها والتعرف عليها.

ما هو الإرشاد النفسي؟ WHAT IS COUNSELING

ليست هناك إجابة بسيطة على هذا السؤال: "ما هو الإرشاد النفسي؟". من الممكن فهم الإرشاد النفسي بشكل مناسب كعملية ديناميكية ترتبط بمهنة جديدة. فالإرشاد النفسي ينطوي على مرشد نفسي مدرّب تدريباً مهنياً لمساعدة المسترشدون الذين يعانون من مشكلات معينة، وفي هذه العملية، من الممكن أن يستخدم المرشد النفسي العديد من الإستراتيجيات الإرشادية مثل الإرشاد الفردي، أو الإرشاد الجمعي، أو الإرشاد الأسري لمساعدة المسترشد على تحقيق تغيرات مفيدة، والوصول إلى نتائج عدّة – مثل تغيير السلوك، تعزيز مهارات المواجهة، دعم وتشجيع إتخاذ القرار، وتحسين العلاقات.

هذا الفصل يقدّم العديد من النماذج المعرفية المفاهيمية لفهم الأوجه المختلفة للإرشاد النفسي. نصفُ الإرشاد النفسي أولاً بأنه فن وعلم، ثم من منظور علم النفس الروائي، والسرد القصصي. كما أن هذا الفصل يميز بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، والمساعدة الرسمية وغير الرسمية، ويصف الصفات الشخصية لمقدمي المساعدة الفعالين الأكفياء، ويحدد أعضاء مهنة المساعدة، ويقدّم معلومات عن الإتجاهات الماضية والحاضرة والمستقبلية عن الإرشاد النفسي.

فن علم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

The art and science of counseling and psychotherapy

الإرشاد النفسي فن وعلم. يشير نموذج (علم – وفن) المعروض في هذا الكتاب إلى أن الإرشاد النفسي يحاول أن يوازن بين الأبعاد الشخصية والموضوعية لعملية الإرشاد النفسي. من هذا المنظور – فإن المرشد النفسي – مثل الفنان يمكنه أن يصل إحساسة إلى عالم المسترشد، ومع ذلك يبقى على قدر من الموضوعية العلمية والمهنية. يمكن أن تعود الأصول النظرية لفن وعلم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي إلى نموذج العالم – الممارس، الذى وضعه باولدر في عام 1949. يشير نموذج العالم – الممارس، أو نموذج باولدر (Raimy,1950) إلى أن جزء من العلم ينبغي أن يمثل الأساس أو القاعدة للممارسة العيادية. هذا النموذج ما زال له تأثيره الرئيسى على بنية برامج الجامعات لتعلم من هم في مهنة المساعدة (Baker & Benjamin, 2000, Peterson, 2000). ومع ذلك، لاحظ بيوتلاروزفاقه (Beutler et.al 1995) أن الممارسين للإرشاد أصبحوا غير راضين على المنهاج البحثية التقليدية، وأصبحوا مهتمين بالمداخل البديلة للبحوث المرتبطة مباشرة بالممارسة العيادية التي تحدث بشكل يومي. على سبيل المثال، دراسة الحالة (الفصل الخامس) يلاقى إهتماماً كأداه قابلة للتطبيق لمساعدة المرشدين النفسيين للتقريب بين البحث والممارسة (Murray, 2009, Sharpley, 2007).

يمثل نموذج الفن والعلم للإرشاد النفسي والعلاج النفسي إمتداداً لنموذج العالم – الممارس. من هذا المنظور، فإن علم الإرشاد النفسي يوّلد قاعدة معرفية تعزز الكفاءة والفعالية في الإرشاد النفسي. أما فن الإرشاد النفسي، فينطوى على إستخدام هذه القاعدة المعرفية لتنمية المهارات التي

يمكن تطبيقها على المسترشدين في المجتمع متعدد الثقافات، يرتبط فن الإرشاد النفسي ببُعد الشخصية، أما علم الإرشاد النفسي، فيعكس بعض الموضوعية. إن تركيز الإرشاد النفسي يمكن أن يتحوّل للخلف أو للأمام بين هذين البُعدين أثناء تقدّم الفرد خلال عملية الإرشاد. على سبيل المثال، أثناء الجلسات الأولى، من الممكن أن يعمل المرشد النفسي مثل الفنان، يستخدم مهارات الإستماع لفهم المسترشد. وبعد ذلك، يتحوّل التركيز إلى بُعد العلم، حيث يستخدم المرشد النفسي الإختبارات النفسية للحصول على الفهم الموضوعي عن المسترشد. من الممكن لكل من الفن والعلم -معاً- أن يخلقا مدخلاً متوازناً للإرشاد النفسي. فيما يلي، نقدّم وصفاً تفصيلياً لهذين البُعدين.

فن الإرشاد النفسي THE ART OF COUNSELING. الإرشاد النفسي فن، إلى حد بعيد. نقصد بفن الإرشاد النفسي بأنه عملية إبداعية، مرنة يكيّف المرشد النفسي من خلالها المدخل وفقاً للإحتياجات التي تظهر على المسترشد. إن الملحوظة الشخصية التي تتبع ذلك تقدّم توضيحاً للكيفية التي يكون بها المرشد النفسي مرناً، ومبدعاً في العمل مع المسترشد.

ملحوظة شخصية A personal Note

طُلب مني - كأخصائي نفسي أعمل لصالح الخدمة الصحية العامة أن أعمل مع طفل توحدي كجزء من عملي كإستشاري للمدار الحكومية. فقد وضعت هيئة المدرسة طفلة في حجرة دراسة للمتخلفين عقلياً من قبيل عدم معرفتهم بأنها توحدية. تم إحالة الطفلة إلى مكتبي، كان عندي مجموعة من الدُمى جاهزة لاستخدامها معها. هذه الدُمى عبارة عن جزء من برنامج مفهوم الذات يُطلق عليه تنمية فهم الذات والآخرين (Dinkmeyer, 1982). لقد أدركت على الفور أنها بدت غير واعية ليّ وللدّمى، ومن ثم أصبحت خطتي الإرشادية عديمة النفع.

أردت أن أتواصل مع الطفلة، وأن أجد طريقة للوصول إلى عالم الطفلة، وأن أنمّي علاقة خاصة معها. قررت أن أجعلها هي المرشدة، وأنا أتبعها. تحركت الطفلة في الغرفة وألقت بالدُمى في كومة مرتبة ( ) . لو أخطأت الكومة، فإنها سوف تلقي بالدمى إلى أن يقع بعضها فوق الأخرى. كانت الطفلة بارعة في إلقاء الدمى في الكومة، كما كانت تستمتع بذلك. لقد توصلت إلى أحد مصادر القوة لديها - شيئاً ما تشعر بأنها جيدة فيه، شيئاً ما تشعر بالأمان وهي تفعله، فهو امتداد لعالمها، طريقتها في فعل الأشياء. فقد كان هذا الشئ له معنى بالنسبة لها.

لقد أردتُ أن أصبح جزءً من عالمها بأن أصل إليه. مشيت ووضعت ذراعي على كومة الدُمى، وأصبحت أنا شبكة كرة السلة للدومى. استمرت الطفلة في إلقاء الدُمى في الكومة، ومن خلال شبكتي. وخلال العشرين دقيقة الماضية، ألقت الطفلة الدُمى في الكومة. وعندما كانت تنتهي، تجمعهم مرة ثانية وتبدأ من جديد في إلقاء الدومى في الكومة. كنت أحرك الشبكة إذا دعت الضرورة لذلك. أثناء هذا الوقت، لم تتصل بي بصرياً، كما أنها لم تقل لي كلمة واحدة. شعرت بالإحباط وعدتُ إلى مقعدي. وأثناء عودتي،لاحظت عينيها تتابعني، وعندئذ عرفتُ أن هناك تواصل، لقد وجدت طريقاً إلى عالمها.

وخلال العام التالي، سمحت لي بالدخول إلى عالمها. ولقد كانت هي - في معظم الأوقات - المرشد، وأنا التابع - ضيف في بيتها. وكلما أصبحت العلاقة قوية، كلما رغبت في استكشاف عالمي أنا. ومن

خلال علاقتنا، ساعدتها على الوصول إلى عوالم الآخرين. على سبيل المثال، ساعدتها في النمو اللغوي، وشجعتها على الابتعاد عن الأنماط السلوكية التكرارية (هذه القصة موجودة تفصيلياً في: Nystul,1986).

هناك مظهر آخر من مظاهر فن الإرشاد النفسي وهو بذل الجهد والوقت بسخاء في الإرشاد النفسي. هذا المفهوم مأخوذ من علم النفس الإنساني، ويؤكد على أهمية أن يكون المرشد النفسي واقعياً، و"إنساناً" في مدخله. فمن الممكن أن يصرف المرشد النفسي وقته وجهده عند مستويات متعددة. فمن الممكن أن يقدم الدعم والاهتمام عند التعاطف مع المسترشد، أو عند مستوى أقوى، وهو الاندماج في مواجهة وجودية، ففي هذه الخبرة، ينتقل المرشد النفسي إلى أبعد من الذات، ويشعر بالإندماج مع المسترشد (Nystul,1987a). هذه الخبرة من الممكن أن تساعد المسترشد على التغلب على مشاعر الوحدة والعزلة.

ربما يكون بذل الوقت والجهد بسخاء في الإرشاد النفسي مناسباً في المواقف التي تنطوي على العمل مع الأطفال المهملين أو المُساء معاملتهم. هؤلاء الأطفال قد يكونوا قُصّر، أو بدون والدين، أو آخرين، ربما يشعرون بعدم الحب، والضياع، ويفتقدون إلى أسباب الحياة. ففي هذه الحالات، قد يحاول المرشد النفسي أن يوصّل إليهم التعاطف، والحنان، والعطف، وربما الحب. الملحوظة الشخصية الثانية التالية توضح مفهوم بذل الجهد والوقت بسخاء في الإرشاد النفسي. ينبغي على المرشد النفسي أن يستخدم الإجراءات الوقائية عند التعبير عن المشاعر الإنفعالية للمسترشد. كما ينبغي عليه أن يفهم أن دوره كمرشد نفسي وليس والد، ومن ثم ينبغي على المرشد النفسي أن يتجنب الاندماج التام لدرجة أنه ينسى أو يفقد الموضوعية المهنية. أيضاً، ينبغي أن يكون المرشد على وعي بأن الإفراط في القلق على المسترشد يؤدي إلى الاحتراق النفسي. إن بذل الوقت والجهد بسخاء في الإرشاد النفسي عملية دقيقة جداً، فربما كانت ثرية ومكافئة للمرشد النفسي والمسترشد، إلا أنها ربما تكون مرهقة أيضاً. إن التعاطف القوي قد يمارس بشكل علمي من قبل بعض المرشدين النفسيين أما بالنسبة لآخرين، فإنه فن ينبغي تنميته طول الوقت.

ملحوظة شخصية A personal Note

تخلى الوالدان عن طفلة تبلغ الخامسة من عمرها، وأودعاها مسكناً للإيواء للأطفال المهملين والمُساء معاملتهم. في أحد المناسبات، أصبح الشخص المتولي الإشراف والرعاية في المؤسسة مهتماً عندما ظلت الطفلة طول الليل تصرخ وتتقيئ. أخذت الطفلة إلى المستشفى صبيحة اليوم التالي. لم يجد طبيب الأطفال أى إعياء جسمي، وبالتالي أحالها إلىّ خدمات الصحة النفسية. بعدما قدمت نفسي إلى الطفلة، سألتها عن مشاعرها. جلست الطفلة، ووضعت وجهها بين قدميها، وبدأت في الصراخ.كان صراخها أعمق حزناً، حيث لم أسمع في حياتي بمثله. انحنيتُ عليها ووضعت يدي بلطف على رأسها، محاولةً أن أهدئ من روعها. لقد شعرت بألمها، نظرت الطفلة إلىّ، شعرتُ بالخوف والوحدة. تقدمتُ نحوها، وأمسكتُ بيديها، وأخبرتُها أنني أريد أن أساعدها. لقد أشفقتُ عليها. نظرت إليها وقلتُ لها انها جميلة، وأريد أن نكون معاً كل يوم. أومأت الطفلة برأسها قبولاً، بدأتُ معها العلاج النفسي باللعب لعدة أسابيع. أثناء هذه الفترة بدأ الاكتئاب يختفي من عندها.

علم الإرشاد النفسي THE SCIENCE OF COUNSELING. علم الإرشاد النفسي يوفّر توازناً لفن الإرشاد النفسي من خلال ايجاد بُعد موضوعي لعملية الإرشاد النفسي. يذكر كلايبون Claiborn (1987) أن العلم مهنة هامة لهوية المرشد النفسي في التطور العلمي يميز المرشد النفسي المحترف عن مقدّم الخدمة غير المحترف، ويقترح كلايبون أن المرشد النفسي ينبغي أن يكافح ليصبح مرشداً نفسياً كعالم (شخص يعمل مرشد نفسي ويفكر مثل العالم). إن التفكير كعالم يحتاج من المرشد النفسي أن تكون لديه مهارة صياغة الملاحظات والإستنتاجات الموضوعية، وأيضاً إختبار الفروض، وبناء النظريات (Claiborn,1987) . كما يقترح كلايبون أيضاً أن نموذج العالم – الممارس – الذى وضعاه بيبنسكى & بيبنسكى (1954) من الممكن أن يقدّم خطوطاً إرشادية ً مفيدةً للمرشد النفسي المعاصر. هذا النموذج يضع العلم والممارسة في قالب واحد، كما يرى أن أنشطتهما متكاملة، ومتداخلة، وتعتمد على بعضها بعضاً بشكل متبادل، كما أن هذه العلاقة المتبادلة بين النظرية، والبحوث، والممارسة توضح الطبيعة التكاملية للعلم والممارسة. على سبيل المثال، من الممكن إختبار أى نظرية إرشادية في الممارسة. كما يمكن بعد ذلك تقيمها من خلال البحوث.

بالإضافة إلى ذلك، فإن السمة العلمية للإرشاد النفسي تشجع أيضاً المرشد النفسي على تنمية المهارات التي يمكن أن تعزز الموضوعية المهنية في عملية الإرشاد. هذه المهارات تشتمل على : الملاحظة، الإستنتاج، إختبار الفروض، وبناء النظرية، والتى رأى كلاييورن (1987) انها ضرورية للمرشد النفسي ليفكر كعالم. إن إستخدام الإختبارات النفسية، كمدخل للتشخيص للتشخيص، ومناهج البحث للوصول إلى الفعالية والمسئولية التربوية للإرشاد هى سمات أخرى للنموذج العلمى. لا ينبغي أن ننظر إلى هذه على أنها هويات منفصلة للإرشاد ولكن ينبغي على المرشد النفسي أن يدمج هذه المهارات والإستراتيجيات في دوره وعمله بوجه عام.

الإرشاد النفسي كسرقصصي Counseling as storytelling

الإرشاد النفسي كسرد قصصي نموذج معرفي واضح. يشير هوارد (1991)، وسيكستون وويستون (1994) إلى أن الطرق السردية (سرد القصة) لفهم السلوك الإنساني أصبحت مألوفة،ولها شعبيتها في علم النفس، على سبيل المثال، نمو الهوية يمكن أن يمثل بناء لقصة الحياة، والعلاج النفسي الذي يرتبط بالخلل الوظيفي لقصة الحياة، من الممكن أن يصلح قصة الحياة (Howard,1991).

علم النفس الروائي، وتطبيقاته في الإرشاد النفسي كشكل من من أشكال السرد القصصي يرتبطان بتوجهين معاصرين واضحين في الإرشاد النفسي – النظريات المرتبطة بمدخل ما بعد المعاصرة، ومدخل الإرشاد النفسي الموجز والمرتكز حول الحل (نعرض في هذا الكتاب معلومات أخرى عن هذين الإتجاهين). إن المداخل الروائية للإرشاد النفسي تحاول تبسيط الإرشاد النفسي من خلال التركيز على لغة المسترشد الخاصة كمقابل للهجة النفسية (Eron & Lund, 1993). يتمثل دور المرشد النفسي في الإنخراط في علاقة تشاركية غير تطفلية مع المسترشد. ففى هذه العملية، يعمل

المرشد النفسي والمسترشد معاً من أجل ابتكار أو إحداث روايات جديدة (أو قصص بديلة) كوسيلة لتعزيز السعادة النفسية للمسترشد.

يقدم هوارد (1991) وصفاً تفصيلياً لدور السرد القصصي في الإرشاد :

"إن المسترشد – خلال سرده لمشكلته – يزوّد المرشد النفسي بفكرة غير مصقولة عن توجهه نحو الحياة، أو نحو خططه، وأهدافه، وطموحاته، وبعض الأفكار عن الأحداث والضغوط المحيطة بالمشكلة المعروضة. ومع الوقت، ينبغي على المرشد النفسي أن يقرر ما إذا كانت هذه المشكلة المعروضة تمثل إنحرافاً عن قصة الحياة الصحية الماكسة. هل هذه قضية تكيّف عادية، ومناسبة من الناحية النمائية؟ أم أن المرشد النفسي يستشف علامات على مشكلات متطرفة في قصة حياة المسترشد؟ هل العلاج النفسي سوف يقوم بدور دقيق وداعم للفرد الذى يمر بمرحلة فشل ما في حياته؟ لو أن الأمر كذلك فإن توجه الحياة والموضوعات الرئيسية فيها سوف تتغير بشكل كبير في العلاج النفسي. ولكن إذا كان مسار قصة الحياة إشكالى بطريقة أساسية، إذاً ينبغي القيام ببعض الإصلاحات الهامة والضرورية طويلة المدى (أو ما نسميه إعادة سرد سيرة الحياة). لذا، من هذا المنظور – يمكن النظر إلى جزء من العمل بين المسترشد والمرشد النفسي على أنه إسهاب، أو تكييّف، أو إصلاح لقصة الحياة" (P .194)

فى حين يقدّم ميكينبوم & فيتزباتريك (1992) معلومات إضافية عن سرد القصة بلغة من خلال كيفية مواجهة الناس للضغوط:

- ينظم الناس المعلومات عن طريق جمعها في قصص عن أنفسهم
- الأحداث السلبية، والضاغطة للحياة تؤثر على اعتقادات الأفراد، وبالتالى تغيّر من طبيعة قصصهم.
- إن الكيفية التي يعيد بها الناس كتابة قصصهم (الإنخراط في الإصلاح الروائى) سوف تؤثر في مدى قدرتهم على مجابهة الضغوط بشكل جيد
- يبدأ الارشاد في تحديد ماهية الروايات التكيفية وغير التكيفية، وكيف يمكن مساعدة المسترشد على بناء قصص تكيفية لأحداث الحياة الضاغطة، من أجل علاج الضغوط النفسية.

إن الإرشاد النفسي كسرد قصصي مفهوم مثير، يبدو أنه واعد في فهم الإرشاد النفسي. كما أوضح روسيل و لوكاليرو (1992)، فإن هناك حاجة كبيرة لبحوث تجريبية للكشف عن تأثير السرد القصصي على عملية الإرشاد النفسي. الملحوظة الشخصية التالية تقدّم توضيحاً لدور السرد القصصي في الإرشاد النفسي.

ملحوظة شخصية

فيما يبدو أن كل إنسان لديه قصة يرويها إذا وجد من يستمع إليه .أنا أذكر رجل بريد (لم أكن أعرفه) أوقفني عندما كنت أسير في الفناء الخلفي، فقد كان هذا الرجل غاضباً بشكل واضح جداً، وتقدّم نحوى ليخبرني كيف أن الشرطي وقف في طريقه عندما كان يسلّم تذكرة. يقول رجل البريد هذا "طلبت منه أن يفسح لى الطريق لكي أؤدى عملي، ولكنه لم يفعل، لذا إقتحمت الطريق، يا إلهى، هناك من لا يفكر إلا في نفسه".

أثناء ما كان هذا الرجل يروى قصته، فكرت أن هذا الرجل سوف يخبر هذه القصة لأي إنسان مهما كان ليعبر عن شكواه، من أجل أن يفهمه الآخرون. تذكرت العديد من الأمثلة الأخرى (مثل بعض الرحلات الجوية والبرية بالباصات والتي مررت بها)، والتى عبّر فيها الناس عن رغبتهم في الحديث وسرد القصص.

أنا شخصياً كنت في حاجة إلى أن أسرد قصصي من آن لآخر. لقد أدركت مؤخراً دور السرد القصصي في الإرشاد النفسي . فمن خلال خبرتى، تبين أن معظم المسترشدون لديهم قصص يريدون سردها والتحدث عنها. فكثير من هؤلاء المسترشدون سردوا قصصهم إلى الآخرين (مثل الأصدقاء، أفراد الأسرة)، وكانت النتائج مخيبة للآمال، أما في الإرشاد النفسي، فإن قصص المسترشد سوف تلاقى الإحترام والرعاية التي تستحقها.

أحد القصص التي تعرضتُ لها، هى قصة لمسترشد ملؤها الألم، والكفاح، والشجاعة. هذه القصة لسيدة تُدعى "بات" وتبلغ من العمر40 عاماً، وهى أم لأربعة أولاد. وقع لبات حادث سيارة خطيرقبل أن ألتقى معها في أول جلسة للإرشاد النفسي بعام. معظم وقت الجلسة الأولى كان عن قصة الحادث، وغضبها من ذلك السائق المخمور الذى صدمها، وقلة الدعم الذى شعرت به من شركة التأمين.

لقد كانت قصة "بات" أحد قصص الكفاح من أجل البقاء الجسمي والوجدانى. لقد كان عليها إجراء العديد من العمليات لإصابتها الجسمية، وكانت غير قادرة على العودة إلى العمل بسبب إصابتها، كما مرت بمشكلات نفسية متعددة مثل الأرق، الاكتئاب، والقلق، ومن ثم، كان من الضروري العمل مع معالج نفسى ليدمج بين العلاج الطبي والإرشاد النفسي في برنامجها العلاجي.

لحسن الحظ كان "لبات" نظام دعمى قوى يتمثل في الأصدقاء وأفراد العائلة، الذين كان لهم دور في شعورها بالأمان والشجاعة وساعدوها في التغلب على بعض مشاعر القلق والاكتئاب. وبالتدريج، كانت "بات" قادرة على التغلب على الحزن، والاكتئاب، ورأت بصيصاً من الأمل في المستقبل. أثناء كفاحها من أجل التحكم في حياتها، بدت على أنها تنخرط في عملية إصلاح روائى، وتستبدل كلمات الحزن بمشاعر الأمل.

الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Counseling and psychotherapy

لكي تفهم ماهية الإرشاد النفسي، فمن المهم بمكان فهم المصطلحات الرئيسية والمفاهيم الأساسية مثل الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي. لم تميز أدبيات الإرشاد النفسي بين هذين المفهومين (Corini & Wedding, 2000)، وقد يرجع ذلك إلى أن هذين المفهومين أقرب للتشابه منه للاختلاف. من الممكن أن نفهم العلاقة بينهما من خلال وضعهما على متصل الإرشاد النفسي على أحد طرفيه.

والعلاج النفسي على الطرف الآخر. من الممكن أن يقوم المرشد النفسي بالإرشاد النفسي والعلاج النفسي في جلسة واحدة. ومن ثم يمكن المزج بين العمليتين. من الممكن أن نحدد بعض أوجه الاختلاف البسيطة والدقيقة جداً بين العمليتين. يتمثل الاختلاف الرئيسي في أن الإرشاد النفسي يخاطب الحالة العقلية الواعية، بينما يصل العلاج النفسي إلى العمليات اللاشعورية للمسترشد - حيث يوصّل المسترشد إلى درجة من التبصّر. كما أن هناك العديد من الاختلافات بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي من حيث التركيز، مشكلات المسترشد، الأهداف، والعلاج، والمكان. هذه الفروق نعرض لها في الجدول (1).

جدول (1) المقارنة بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

	الإرشاد النفسي	العلاج النفسي
التركيز	نمائي - ويعزز مهارات المواجهة لتسهيل النمو ومنع المشكلات.	علاجي - يهدف إلى مساعدة المسترشد فى التغلب على المشكلات الموجودة مثل القلق والاكتئاب.
مشكلات المسترشد	يميل المسترشد إلى أن يكون لديه 'مشكلات فى المعيشة مثل الصعوبة فى العلاقات، أو الحاجة للمساعدة فى مشكلات معينه، مثل اختيار الحياة العملية.	مشكلات المسترشد معقدة، و ربما تحتاج إلى إجراءات التشخيص الرسمى لتحديد ما إذا كان هناك اضطراب عقلى أم لا.
الأهداف	التركيز منصّب على الأهداف قصيرة المدى (حل المشكلات).	التركيز منصّب على الأهداف قصيرة المدى والأهداف طويلة المدى، قد تنطوي الأهداف طويلة المدى على عمليات مثل مساعدة المسترشد فى التغلب على اضطراب عقلى معين.
مداخل العلاج	من الممكن أن يشتمل البرنامج العلاجى على مداخلة وقائية، والعديد من إستراتيجيات الإرشاد النفسى للمساعدة فى حل مشكلات المسترشد.	مداخل العلاج النفسى معقدة، كما أنها تستخدم إستراتيجيات ترتبط بالعمليات الشعورية، والعمليات اللاشعورية .
	من الممكن تقديم خدمات الإرشاد النفسى فى العديد من المواقع مثل المدارس المساجد، الكنائس، وعيادات الصحة العقلية.	أيضاً يُقدّم العلاج النفسى فى مواقع مثل العيادات الخاصة، مراكز الصحة العقلية، والمستشفيات .

كما هو واضح من الجدول (1) فإن تركيز الإرشاد النفسي يميل إلى أن يكون نمائياً في طبيعته، بينما تركيز العلاج النفسي علاجي في طبيعته. يحاول الإرشاد النفسي مساعدة المسترشد في إشباع الحاجات النمائية المختلفة خلال دورة الحياة. ومن ثم فإن الإرشاد النفسي وقائي في طبيعته، ويُيسّر

النمو وعلى الجانب الآخر، فإن العلاج النفسي موجه نحو مساعدة المسترشدون في التغلب على الألم والمعاناه المرتبطة بمشكلات موجودة مثل القلق، والاكتئاب. يُستخدم الإرشاد النفسي مع المسترشدون الذين لديهم مشكلات تكيفية في الحياه أو في المعيشة مثل الصراع بين الوالد – والطفل، أو المشكلات الزوجية. تتمثل أهداف الإرشاد النفسي في التغلب على حل المشكلات الآتية، مثل مساعدة المسترشد في التغلب على المشكلات في العلاقات، وإتخاذ القرار بشأن الحياة العملية المستقبلية. تتباين البرامج العلاجية في الإرشاد النفسي وفقاً لمشكلة المسترشد. المداخل الإرشادية عادة مداخل قصيرة المدى، تنطوي على جلسة واحدة كل أسبوع لمدة 12 إلى 13 أسبوعاً، كما أن الخدمات الإرشادية من الممكن أن تُقدّم في العديد من الأماكن مثل المدارس، وعيادات الصحة النفسية.

أما العلاج النفسي، فهو عملية يمكن استخدامها لمساعدة المسترشد الذى يمر بمشكلات عقلية مثل الإضطراب العقلى، ومن الممكن أن ينطوى على أهداف طويلة المدى، وأهداف قصيرة المدى. ربما تركّز الأهداف قصيرة المدى على المشكلات التي تشبه تلك المشكلات في الإرشاد النفسي، على سبيل المثال التعامل مع المشكلات الزوجية. أما الأهداف طويلة المدى فترتبط بالمشكلات العميقة المتأصلة مثل الفصام. العلاج النفسي معقد ويحتاج إلى خبرة في مجالات عديدة. كما أنه مرتبط بالعمليات الشعورية، واللاشعورية، على سبيل المثال، قد تنطوي العملية على أساليب التنويم المغناطيسى، الاختبارات الإسقاطية، تفسير الأحلام لدراسة العمليات اللاشعورية. استراتيجيات العلاج النفسي عادة طويلة المدى، وتنطوي على جلسات مرة في الأسبوع لمدة 3–6 أشهر، وقد تستمر أطول من ذلك في بعض الأحيان. الأماكن التي يحدث فيها العلاج النفسي تتمثل في مراكز الصحة النفسية، والمستشفيات.

التمييز بين المساعدة الرسمية وغير الرسمية

Differentiating Formal from Informal Helping

هناك طريقة أخرى للإجابة عن السؤال "ما هو الإرشاد النفسي"؟ وتتمثل في التمييز بين الإرشاد النفسي، والمساعدة غير الرسمية التي يمكن أن تحدث بين الأصدقاء بعض الأفراد الذين لم يحظوا بأى تدريب رسمي في الإرشاد يمكن أن يقدموا مساعدات قيّمة. هؤلاء المساعدون غير الرسميين لديهم في العادة صفات شخصية تشبه تلك التي لدى المرشد الفعّال مثل مهارات الرعاية والاهتمام، ومهارات عدم فرض الآراء الشخصية على الآخرين ، ولديهم القدرة على الإستماع. ومع ذلك، ربما يختلف المرشد النفسي المتخصص عن مقدّم المساعدة غير الرسمي بعدة أوجه.

أولاً، من الممكن أن يحافظ المرشد النفسي على درجة من الموضوعية لأنه ليس له علاقة مباشرة بحياة المسترشد. أما مقدّم المساعدة غير الرسمي، فعادة ما تكون له علاقة شخصية – على الرغم من وجود إستثناءات – مع الفرد، وبالتالى فإن المساعدة التي يقدمها من المحتمل أن تعكس تحيزاً شخصياً. هناك حقيقة ذات علاقة بهذا الموضوع وهي أن المرشد النفسي ليست لدية عادةً فكرة مسبقة عن الطريقة التي سوف يتصرف بها المسترشد. نظراً لعدم خبرته السابقة به لذا فإن المسترشد حر في تجربة أساليب جديدة من التصرف والإرتباط. هذا لا

يحدث في الغالب مع مقدمي المساعدة غير الرسميين، والذين من الممكن أن يتوقعوا الكيفية التي سوف يتصرف بها الشخص.

ثانياً، المرشد النفسي يقوده أو يوجهه اخلاقيات المهنة، اخلاقيات المهنة ومعايير الممارسة في للإرشاد النفسي (2005)، والذي صمم لحماية حقوق المسترشدين. على سبيل المثال، لابد أن تُحاط المعلومات التي ينقلها المسترشد إلى المرشد النفسي بالسرية، إلا في الحالات المتطرفة، مثلاً، عندما يخطط المسترشد إلى إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين. عندما يعرف المسترشد ذلك، فإنه ربما يشعر بالحرية في أن يشارك المرشد النفسي المتخصص في الأفكار والمشاعر أكثر من مقدم المساعدة غير الرسمي.

ثالثاً، بعد تحقيق علاقة الألفة، ربما يجد المرشد النفسي أنه من الضروري مواجهة المسترشد بقضايا أو موضوعات مؤلمة. أما مقدّم المساعدة غير الرسمي، فربما يتفادى المواجة ليتفادى تعرض الصداقة للخطر. وبهذه الطريقة، فإن مقدّم المساعدة غير الرسمي ربما يحرم الشخص من الفرصة للتواصل مع، أو للاحتكاك مع مشاعره.

رابعاً، أما الفرق الأخير فيتمثل في ذخيرة إستراتيجيات الإرشاد، والأساليب المتاحة للمرشد النفسي المتخصص، وقدرته على الإستفادة من هذه الإستراتيجيات والأساليب لتعزيز نمو المسترشد. نظراً لأن مقدمي المساعدة غير الرسميين يفتقدون إلى التدريب الرسمي على الإرشاد النفسي، فإنهم لا يألفونه، ومن ثم فهم غير قادرين على الاستفادة من هذه الإستراتيجيات. بدلاً من ذلك، فإنهم يعتمدون على تقديم النصيحة كإستراتيجية رئيسية الرئيسية للمساعدة.

الصفات الشخصية لمقدّم المساعدة الفعّال Personal Qualities of Effective Helpers

تقدّم صيغة المساعدة التي وضعها برامر (1999) نموذجاً معرفياً آخر للإجابة عن السؤال: "ما هو الإرشاد النفسي؟"

شخصية مقدم المساعدة + مهارات المساعدة = الظروف الميسّرة للنمو ـ نواتج معينة.

تشير هذه الصيغة إلى أن إضافة بعض المهارات لشخصية المرشد أو المعالج والأساليب الإرشادية من الممكن أن تولّد ظروف ميسّرة للنمو. إن ما يميز هذه الظروف أو الحالات هو الشعور المتبادل بالثقة، والاحترام، والحرية بين المرشد النفسي والمسترشد (Brammer, 2000)، وعندما توجد هذه الظروف، فإن النتائج المرغوب فيها تظهر من العملية الإرشادية. إن صيغة المساعد تؤكد على أهمية شخصية مقدّم المساعدة (Brammer, 2000). تشير الأدلة الواضحة إلى أن الصفات الشخصية للمرشد النفسي تلعب دوراً حاسماً في فعالية الإرشاد النفسي (Corey et al., 2007; Herman, 1993)

اقترح كومبس ورفاقه (Combs et al. 1969) أن الأسلوب الرئيسي في الإرشاد النفسي يتمثل في استخدام "الذات كأداة" للتغيير. بمعنى آخر، يستخدم المرشد النفسي شخصيته لايجاد ونقل التشجيع للمسترشد، والاعتقاد فيه، والدعم له. كما علّق روجرز (1981) أيضاً على أهمية الصفات الشخصية

للمرشد النفسي، فقد ذكر أن إدراك المسترشد لإتجاه المرشد النفسي أكثر أهمية من نظريات وطرق المرشد النفسي. وجهه نظر روجرز تؤكد على الحقيقة التي مؤداها أن المسترشدون يهتمون ويتأثرون بالأسلوب الشخصي للمرشد النفسي.

هناك عدة محاولات لتحديد الصفات الشخصية التي تعزز النتائج الإيجابية في الإرشاد النفسي. يشير سترونج (1968) إلى أنه يتم النظر إلى المرشدين النفسيين على أنهم خبراء، جذابين، ومحل ثقة. كما أن كورى ورفاقه (2003) على قناعة بأن المرشد النفسي الفعال يقدّم نموذجاً موجباً للمسترشدون من خلال انخراطهم الفعال في نموهم الذاتي، وتوسيع وعيهم الذاتي حيث ينظرون بأمانة إلى حياتهم واختياراتهم المرتبطة بالنمو والتنمية الشخصية. ووجد بوتلر ورفاقه (1994) بعض التأييد التجريبي للصفات الأخرى للمرشد النفسي، مثل السعادة الوجدانية، الإفصاح الذاتي، والتفاؤل.

من المنطقي القول بأن المرشد النفسي الفعال لابد أن يكون نوع خاص من البشر. وفي الوقت نفسة، تشير الأدبيات إلى صفات أساسية معينه هامة لعملية الإرشاد النفسي؟ وهي:

1- **مشجع**: صفة مشجع من أكثر الصفات أهمية في المرشد النفسي الفعال. فالمشجع يساعد المسترشدون على تعلم الإيمان بقدرتهم على النمو والتنمية . وقد كتب عدد من المرشدين النفسيين أتباع آلدر عن قوة التشجيع (Dinkmeyer & Losoncy, 1980).

2- **فنان**: إن المرشد النفسي الفعال يميل إلى أن يكون حساساً ومستجيباً لمسترشديه. إن صفة فنان توحى بأن المرشد النفسي مبدع، ومرن ويكيّف أساليب الإرشاد للاحتياجات الفردية للمسترشد. مثلما يقدم الفنان الحقيقي شيئاً عن نفسه لكل عمل يقوم بابتكاره،فإن على المرشد النفسي أن يبذل الوقت والجهد بسخاء في العملية الإرشادية.

3- **ثابت عاطفياً**: المرشد النفسي غير المتوازن عاطفياً يضر المسترشد أكثر من نفعه. لسوء الحظ، بعض المرشدين النفسيين يدخلون مهنة الإرشاد النفسي من أجل التعامل مع مشكلاتهم الخاصة، فهؤلاء المرشدون النفسيون ربما يحاولون الوفاء بإحتياجاتهم الخاصة على حساب مسترشديهم. ذهب لانجر (1985) إلى أبعد من ذلك حيث يقترح بأن عدد كبير من المسترشدون يقضون جهداً كبيراً في التكيّف للمزاج المتقلب لمرشديهم النفسيين. في بعض الحالات، قد يعتقد المسترشدون أنهم لابد أن يقدموا الإرشاد النفسي المؤقت للمرشد النفسي (Langs, 1985). فالمرشد النفسي غير الثابت سوف يضيع الوقت الثمين، وأيضاً يحدث الحيرة وعدم الشعور بالأمان داخل المسترشد.

4- **متعاطف مهتم**: المرشد النفسي الفعال يهتم ويرعى الآخرين ولديه الرغبة في مساعدتهم لتحقيق إحتياجاتهم. كما أن المرشدين النفسيين الفعالين لديهم احساس بمشاعر الآخرين ويمكنهم إبداء تفهماً لكفاحهم من أجل الحياة. فالمسترشدون يمرون بخبرة الشعور بالدعم والتأييد من هؤلاء المرشدين النفسيين؛ وهذا يمكن أن يساعد المسترشد على أن تكون لديه الشجاعة لمواجهة الحياة بواقعية، ويستكشف الإتجاهات أو الإحتمالات الجديدة.

5- **الوعي الذاتي**: إن صفة الوعي الذاتي لدى المرشد النفسي تمكنه من أن يصبح على وعي بنواحي القصور لديه. كما أن الوعي الذي يمكن أن يساعد المرشد النفسي في مراقبة احتياجاته بحيث يشبع هذه الإحتياجات بطريقة لا تتداخل مع العملية الإرشادية. الوعي الذاتي يحتاج من المرشد النفسي جهداً مستمراً. هناك طرق عديدة يمكن للمرشد النفسي من خلالها أن يعزز الوعي الذاتي لدية، وتشتمل هذه الطرق على أستخدام اساليب التأمل، وأخذ الوقت اللازم للتفكير والتدبير.

فيما يبدو أن الوعي الذاتي يرتبط بعدد من المفاهيم الأخرى ذات الصلة بالذات، مثل التقبل الذاتي، تقدير الذات، الإدراك الذاتي. ومن هذا المنظور، فإنه كلما أصبح الناس أكثر وعياً بذواتهم، كانوا في موقع أفضل لقبول ذاتهم. إن التقبل الذاتي يمكن أن يؤدي إلى تعزيز صورة الذات، أو تقدير الذات، والذي بدورة يحرر الشخص لينتقل إلى الإدراك الذاتي.

6- **التقبل الذاتي**: يفترض التقبل الذاتي أن يكون المرشد النفسي راض عن نفسه. ويعمل على تعزيز نموه وتنميته الشخصية.

7- **تقدير الذات الإيجابي**: إن تقدير الذات الإيجابي من الممكن أن يساعد المرشد النفسي على مواجهة الحياة المهنية والشخصية، ويحافظ على الثبات العاطفي لديه أيضاً المرشد النفسي الذي لا يشعر بالإيجابية نحو نفسه ربما يبحث عن المناحي السلبية لدى المسترشدون. هؤلاء المرشدون النفسيون ربما يحاولون إهانة المسترشد لتعزيز صورة الذات لديهم.

8- **الإدراك الذاتي** : يمثل الادراك الذاتي رحلة إلى النمو والإكتشاف الشخصي. مُقدّم المساعدة الفعال يسعى في إتجاهات جديدة، ويستكشف آفاقاً جديدة. وأثناء قيامة بذلك، فإنه يدرك أن النمو يحتاج إلى التزام، ومخاطرة، ومعاناه. وفي هذه العملية، يُقدم النموذج للمسترشدين بحيث يعلم المرء أن عليه أن يتسع من أجل النمو. المرشدون النفسيون يرحبون بخبرات الحياة ويتعلمون منها. إن حماسة المرشد النفسي للحياة يمكن أن يخلق الطاقة والتفاؤل، واللذان بدورهما يقويان ويخلقان الأمل لدى المسترشد.

9- **الإفصاح الذاتي**: المرشدون النفسيون الفعالون مُنفتحون بشكل بنّاء على الأفكار والمشاعر. عندما يقوم المرشدون النفسيون بنمذجة الإنفتاحية، فإنهم يشجعون مسترشديهم على أن يكونوا منفتحين. هذه الصراحة الناتجة عن ذلك من الممكن أن تكون حاسمة،وضرورية لعملية الإرشاد.

10- **شجاع**: على الرغم من أهمية أن يرى المسترشدون مرشديهم النفسيين على انهم أكفياء، فإن المرشد النفسي ليس بكامل ولا يمكن أن يكون كذلك. بدلاً من ذلك، فإن عليه أن يحاول نمذجة الشجاعة ليكون غير كامل (Nystul,1979 c) فالمرشدون النفسيون الذين لديهم الشجاعة للتصريح بمناحي الضعف، بالإضافة إلى مناحي القوة يكشفون عن صورة حقيقية عن ذاتهم. كما أنهم يمثلون نظرة واقعية عن الحالة الإنسانية، ويمكنهم مساعدة المسترشدون على تجنب الهزيمة الذاتية، والميول الكمالية. هناك وجه آخر للشجاعة حتى لا يكون الفرد تاماً أو مكتملاً وهي الرغبة التي لدى المرشد النفسي للبحث في طلب الخدمات الإرشادية لنفسه إذا دعت الحاجة لذلك. لا ينبغي أن يستشعر المرشدون النفسيون أنهم "كماليون" ، ليس لهم حاجة للإرشاد النفسي، أو ينمّون اتجاهاً هابطاً عن

الإرشاد النفسي ينتج عنه النظر إلى المسترشدون نظرة دونية. إن الحصول على الإرشاد النفسي يمكن أيضاً أن يساعد المرشد النفسي على فهم معنى أن يكون في موقف المسترشد، مما يسهم في فهم أفضل للعملية الإرشادية.

11- **صبور** : صفة "صبور" صفة جيدة وذات قيمة كبيرة في العملية الإرشادية. إن مساعدة شخص ما على التغير عملية معقدة، وتحتاج إلى جهد كبير. ربما يحقق المسترشدون بعض التقدم، ثم يحدث لهم نكوص إلى العادات القديمة، ومن ثم ينبغي أن يكون المرشد النفسي صبور.

12- **لا يصدر الأحكام بناء على آراءه الشخصية**: ينبغي أن يكون المرشد النفسي حذراً، وألا يفرض قيمة، ومعتقداته على المسترشد، على الرغم من أنه قد يرغب في بعض الأوقات أن يعرض على المسترشد أفكاراً جديدة. إن الإحجام عن إصدار الأحكام بناءً على الآراء الشخصية لإحترام المسترشد، وإعطائه الفرصة لتحقيق قدراته الفريدة.

13- **تحمل الغموض**: من الممكن أن يرتبط الغموض بفن الإرشاد النفسي.على سبيل المثال، لا يعرف المرشد النفسي بشكل أكيد ما هو الأسلوب الأفضل ليستخدمه مع المسترشد أو ما تم تحقيقة أو إنجازه بالضبط أثناء جلسة الإرشاد. على الرغم من أن علم الإرشادالنفسي يسهم في الفهم الموضوعي لعملية الإرشاد، إلا أنه ينبغي أن يكون المرشد النفسي قادراً على تحمل بعض الغموض.

14- **الروحانية**: إن الروحانية تقدّر قيمة مخاطبة البُعد الديني - الروحاني في عملية المساعدة. تشتمل خصائص الروحانية على أن يكون المرشد النفسي حساساً للقضايا الدينية - الروحانية لديه ولدى الآخرين (مثل مفاهيم الأخلاق والروح)، وأن يكون قادراً على العمل من العالم الروحاني كعالم يختلف عن العالم المادي.

مهنة المساعدة The Helping Profession

من الممكن أيضاً فهم الإرشاد النفسي ضمن السياق العام لمهن المساعدة. إن مصطلح مهن المساعدة يشتمل على مجالات مهنية عديدة، منها علم النفس، الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، علم الأمراض النفسية، وكل منها يتميز ببرامجه التدريسية الفريدة، والمتخصصة. وقد تتشابه الخدمات المقدمة في بعض المجالات مثل الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي.

غالباً ما يعمل العاملين في مهن المساعدة معاً ضمن فريق. على سبيل المثال، المرشد النفسي المدرسي، والأخصائي النفسي المدرسي يقدمان الخدمات الإرشادية في المواقع المدرسية. المتخصصون في الامراض النفسية، والممرضة في الأمراض النفسية، والأخصائي الإجتماعي في الأمراض النفسية، والأخصائي النفسي، ومرشد الأمراض العقلية يندمجون معاً لتقديم خطة علاجية شاملة في مداكز الصحة العقلية.

جدول (2) يقدّم أستعراضاً لمتطلبات الدرجة، المهارات المتخصصة، مراكز العمل لأعضاء مهنة المساعدة.

الإرشاد النفسي : الماضي، الحاضر، المستقبل

AND FUTURE ، PRESENT،COUNSELING: PAST

خضعت مهن المساعدة للتطور الديناميكي. هذا الجزء يصف بعض الأفراد والأحداث الرئيسية، وكذلك المحاولات الرئيسية للتنبؤ ببعض الاتجاهات المستقبلية للإرشاد النفسي.

جدول (2) أنواع مقدمي المساعدة

نوع المساعدة	الدرجات والتراخيص المطلوبة	المهارات والمسؤوليات	موقع العمل
مرشد الصحة النفسية	درجة الماجستير في الإرشاد النفسي أو مجال مرتبط به.	استخدام استراتيجيات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي	مراكز الصحة النفسية، المستشفيات، المراكز الارشادية الخاصة
مرشد الأزواج، الطفل، الأسرة	ماجستير في إرشاد الطفل، الاسرة، والزواج، أو اي مجال ذي صلة	إرشاد الطفل، الأسرة، الأزواج	العيادات الخاصة
الأخصائي الإجتماعي للأمراض النفسية	ماجستير فى العمل الإجتماعى .	الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي، عادة من منظور أسرى، المعرفة عن خدمات الأمراض النفسية، القدرة على تقديم المساعدة من خلال الخدمات الإجتماعية (الطعام، المأوى، الرعاية فى الروضة)	معظم العمل فى المستشفيات ووكالات الخدمات الإجتماعية.
المرشد النفسي الديني	ماجستير في الإرشاد النفسي أو أي مجال ذي صلة .	الإرشاد النفسي والعلاج النفسي من منظور ديني، البعض يركز على القضايا التي تحافظ على الزواج والأسرة .	والبعض لهم ممارساته الخاصة
الاخصائي النفسي الكلينيكي	دكتوراه الفلسفة في التربية، أو علم النفس .	الإرشاد النفسي والعلاج النفسي،القياس والإختبارات النفسية، المتخصص في الصحة العقلية.	المستشفيات والمراكز ذات الصلة بها

الطبيب النفسي	درجة طبية، و3-4 سنوات تدريبية في الطب النفسي في برنامج إقامة تامة. كل الولايات تتطلبها.	علاج الإضطرابات العقلية الخطيرة، تنطوي دائماً على استخدام العلاجات الطبية، بعض مهارات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، والإستشارة، والإشراف على أخصائي الصحة النفسية.	مراكز الإرشاد النفسي، مراكز الصحة العقلية، المستشفيات، والعيادات الخاصة
ممرض الطب النفسي	درجة في التمريض،	المساعدة في العلاج النفسي للإضطرابات النفسية من خلال مراقبة العلاج الدوائي وتقديم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي	المستشفيات، مراكز الصحة النفسية.
المرشد النفسي المدرسي	درجة الماجستير في الإرشاد النفسي . شهادة في الارشاد النفسي المدرسي	الإرشاد النفسي الشخصي والحياتي والإستشاري مع هيئة المدرسة والوالدين	
الأخصائي النفسي المدرسي	درجة الماجستير في علم النفس المدرسي أو المجال ذي الصلة .	الاختبارات النفسية، الإرشاد النفسي، الاستشارة	

الإرشاد النفسي من المنظور التاريخي Counseling from a Historical Perspective

أرجع كوتلر و براون (2000) أصول الإرشاد النفسي إلى العديد من العلماء الذين قدموا تفسيرات في الحالة الإنسانية والذين مازالوا يؤثرون في تطوّر الإرشاد النفسي والممارسة العيادية الحديثة.

- إبقراط (عام 400 قبل الميلاد). أعدّنظام التصنيف للمرض العقلى وأنواع الشخصية.
- سقراط (عام 400 قبل الميلاد) أفترض أن الوعي الذاتي أنقى حالة للمعرفة.
- أفلاطون (عام 350 قبل الميلاد) وصف السلوك الإنساني كحالة داخلية.
- أرسطو (عام 350 قبل الميلاد) قدّم منظوراً نفسياً للوجدانيات، بما فيها الغضب.
- س. ت. أوجستين (عام 400 بعد الميلاد) رأى أن الاستبصار ضروري للتحكم في الوجدانيات.

- ليوراندو دافنشي (عام 1500) وصف الحالة الإنسانية بلغة الفن والعلم.
- شكسبير (عام 1600) أبتكر شخصيات معقدة من الناحية النفسية في أعماله الأدبية.
- فيليب بينيل (عام 1800) وصف الحالات غير العادية بلغة الذهان والعصاب.
- أنتون ميسمر (عام 1800) أستخدم التنويم المغناطيسي لعلاج الحالات النفسية.
- تشارلز دارون (عام 1850) أفترض أن الفروق الفردية تشكّلها الأحداث الإرتقائية المرتبطة ببقاء المخلوقات.
- سورن كيركيجار (عام 1850) ربط الافكار الوجودية بالمعنى الشخصي للحياة.

كما أن هناك عدد من الأفراد البارزين الذين قدموا إسهامات فريدة ومستمرة لمهنة الإرشاد النفسي. من الممكن أن تكون أعمال فرويد، ألدر، وينج (أنظر الفصل السابع) قد قدمت الأساس لممارسة العيادية الحديثة، هؤلاء الثلاثة - الذين درسوا معاً في فينيا عام 1900، قدّم كل منهم مدرسة فريدة في الإرشاد والعلاج النفسي، فقد طوّر فرويد التحليل النفسي، والذي يؤكد على دور الجنس في نمو الشخصية. أما ألدر، فقد طوّر مدرسته الفريدة في علم النفس والذي يُطلق عليها علم النفس الفردى، والتى تؤكد على دور الاهتمامات الاجتماعية في الصحة النفسية. أما ينج، فمعروف بإنشاءه لمدرسة علم النفس المسماه علم النفس التحليلي. لقد تأثرت أعمال ينج بأفرع عديدة من أفرع العلاج بما فيها اللاهوت، الفلسفة والأنثروبولوجي، وتشير نظريته لتعريفها على اللاشعور الجمعي، والذي يشير إلى أن الناس يشتركون في بعض الذكريات المألوفة.

كما أن هناك العديد من مدارس الإرشاد الأخرى التي ظهرت منذ الأعمال الرائدة لفرويد، ألدر، وينج. ربما يكون روجرز - أكثر من غيره - قد أثرّ في نمو المداخل الإرشادية المعاصرة. فقد أسس مدخله الذي يرتكز حول الشخص على الإيمان بقيمة الفرد (Rogers, 1981)، وقد لاقى تأييداً كبيراً في وسط مهن المساعدة. ولروجرز تأثير كبير في نمو القوة الثالثة - أو مدرسة الإرشاد النفسي والعلاج النفسي الإنسانية. كما أن هناك نظريات أخرى في الإرشاد النفسي لاقت إستحساناً وذاع صيتها، وهى المعرفية السلوكية، والتى طوّرها آلبرت إليس (1994) وآرون بيك (1993). هذه المداخل لاقت ترحاباً من منظمات الرعاية الصحية لأنها تركز على التخفيف من حدة الأعراض (مثل القلق، والإكتئاب)، ويمكن إنجازها في فترة زمنية محدودة.

هناك أيضاً إتجاهات حديثة في الإرشاد النفسي وتظهر في النظريات ما بعد المعاصرة للبنائية (Mahoney, 1995a)، والبنائية الاجتماعية (Gergen, 1999b)، والمداخل التي تركز حول الحل (de shazer, 1994)، والعلاقات ذات الدعم التجريبي (Norcross &Hill ,2003). هذه النظريات قد احدثت فرصه لنقلة نوعية في الإرشاد النفسي. كما أن المداخل التي تركز حول الحل قد أوجدت،

وأحدثت قوة للتحوّل النموذجي من خلال تركيزها على القدرات والحلول مقابل المشكلات، والضعف، وأسباب الاضطرابات.

الأحداث التاريخية الرئيسية: هناك العديد من الأحداث الهامة في تاريخ وإرتقاء الإرشاد النفسي. من بين هذه الأحداث حركة التوجيه المهني، حركة الإختبارات النفسية، حركة الصحة النفسية، والقوانين التشريعية الرئيسية. لقد كانت لحركة التوجيه المهني جذورها في جهود فرانك بارسونز، وهو تربوي من بوستن، وبدأ العمل المهني عام 1908. لقد كان بارسونز على قناعة بأن الفرد الذي ياخذ وقته لاختيار المهنة من المحتمل أن يحقق نجاحاً، ويحصّل الرضا عن العمل (Brown& Brooks.,2002). ومن ثم ظهر الإرشاد النفسي في العمل والذي يركز على مساعدة المسترشدون في استكشاف قدراتهم الفريدة في علاقتها بعالم العمل ٤٩.

يمكن أن تعود حركة الإختبارات إلى فرانسيس جالتون، وهو عالم بيولوجيا، ودراسته عن الوراثه. فقد أعدّ جالتون اختبارات بسيطة لتمييز خصائص الأفراد المرتبطين وغير المرتبطين وراثياً (Anastasi ,1997) هناك أيضاً آخرون لهم إسهامات جليلة في حركة القياس. فقد وضع جيمس كاتل مفهوم القياس العقلي في عام 1890 (Anatasi & Urbau ,1997). كما أعد ألفريد بينيه المقياس الأول للذكاء في عام 1905.

ولقد لعبت الحرب العالمية الأولى، والحرب العالمية الثانية أدواراً هامة في حركة القياس. إن حاجة الجيش إلى تصنيف المتطوعين لبرامج التدريب قد نتج عن إعداد إختبارات القدرة والذكاء، ومن أمثلتها إختبارات الحرب العالمية الأولى "ألفا"، و "بيتا"، واختبار التصنيف العام للحرب العالمية الثانية. بعد الحرب العالمية الثانية، أصبح إستخدام الإختبارات معروفاً في إنحاء المجتمع الأمريكي وبعد فترة من الزمن أصبحت جزءً تكميلياً للنظم المدرسية العامة. كما أُستخدمت الاختبارات في العديد من المواقع الأخرى، بما فيها خدمات الصحة النفسية، ووكالات التوظيف أثناء الستينات، انحصرت حركة الاختبارات إلى حد ما عندما إتضح أن بعض الاختبارات تعكس تحيزاً ثقافياً (Min-ton & Schneider.,1981). ومنذ ذلك الوقت، تطورت حساسه متزايدة للقضايا الثقافية أدت إلى تطور في الاختبارات من حيث اللغة والاستخدام والبنية. ظهرت حركة الصحة النفسية كنتيجة لقوى عديدة. ففي عام 1908، كتب كليفورد بيرز : العقل الذي وجد نفسه، يصف فيه رعبه في ثلاث سنوات قضاها كمريض في مستشفى للأمراض العقلية. وبعد ذلك أسس بيرز مجتمع الصحة النفسية، والذي كان له دور في التشجيع على البرامج العلاجية الشاملة للمرضى النفسيين (Baruth & Robinbinson.,1987).

هناك عامل آخر رئيسي في حركة الصحة النفسية وهو نمو العلاجات الدوائية في عام 1952، والتي كان لها دور في علاج الاضطرابات الخطيرة مثل الفصام (Robinson & Seligman.,1995) أما اليوم، فمن غير المألوف لمرضى الأمراض النفسية أن يبقوا في المستشفى لأكثر من أسبوعين.

على الرغم من أن العلاجات الدوائية لا تعالج الإضطرابات النفسية، إلا أن بإمكانها ضبط الأعراض إلى الحد الذي يمكن عنده للفرد أن يؤدي دوره في المجتمع. لسوء الحظ، من الصعب إعداد برامج متابعة فعالة لمرضى الأمراض العقلية بعد شفائهم.

الاتجاهات المعاصرة Present Trends

هذا الجزء يحاول التنبؤ بالإتجاهات التي سوف يأخذها الإرشاد النفسي في المستقبل، حيث سيغطي اتجاهات معاصرة في البحوث، والأخلاق، والإرشاد النفسي متعدد الثقافات، والخدمات المتعلقة بالصحة النفسية، والعلاجات المثبته بحيثاً وتجريبياً، والإرشاد النفسي المتمركز حول الحل، والإضطرابات العقلية، وما بعد المعاصرة والروحانية، والإرشاد النفسي من خلال الإنترنت، والتكنولوجيا، والطلاب الإشكاليين – المضطربين.

البحوث: قدّم جيلسو و فسينجر (1990) مراجعة شاملة لبحوث الإرشاد النفسي التي تم إجراؤها أثناء الثمانينات. فقد ذكر أن هذا العقد من الزمن يتسم بالإهتمام الكبير بالمناهج البحثية البديلة التي تدمج المنهجيات التي تقوم على العمل الميداني، وقليل من المنهجيات التي تقوم على العمل المعملي أو المختبري. فقد رأى جيلسون & فسينجر أن الاهتمام بالتصميمات البحثية البديلة سوف يستمر.

فيما يبدو أن نموذج العالم -الممارس- الذي يؤكد على أهمية أن يدمج الإكلينيكيون البحوث العلمية في الممارسة العيادية قد فقد شعبيته (Stricker & Trierweiler ., 1995). كما أن الفصل للعلم عن الممارسة لم يحدث بسبب عدم اهتمام الممارسين ولكن انبثق من الآراء التي تشير إلى أن البحوث تميل إلى أن تكون قليله الاستخدام أو قليلة الارتباط بالممارسة اليومية للمرشدين النفسيين (Edelson ., 1994 & Havens.,1994) يشير مالينج و هوارد (1994) إلى أن الملخصات الإحصائية المرتبطة بالبحوث الكمية قليلة النفع بالنسبة للمرشدين النفسيين الذين يسعون من أجل القضايا الفردية للمسترشدون. ومع ذلك فإن البحوث البديلة (النوعية) تلاقي اهتماماً كبيراً. هذه البرامج البحثية البديلة تميل إلى التركيز على استخدام المقابلات الشخصية مع المسترشدين لاكتشاف المعلومات ذات الصلة الإكلينيكية (وهي موازية للإرشاد النفسي).

حديثاً ظهرت تصميمات بحثية ذات طرق مختلفة كمحاولة لدمج البرامج البحثية الكمية والكيفية (Hanson,et al.,2005). تسمح تصميمات الطرق المختلطة بجمع البيانات، وتحليلها من جوانب متعددة، وبالتالي توّسع من آفاق الاستفسار العلمي، كما أنها تدرك قيمة الأبعاد الموضوعية والشخصية، ومن خلال ذلك تعكس مفهوم الإرشاد النفسي كفن وعلم وهو ما نسعى لإثباته في هذا الكتاب.

القضايا الأخلاقية - القانونية: يذكر لورنيس & كوربيوس (2000) أن القضايا الأخلاقية - القانونية التي تتعلق بإرشاد القاصرين قد ظهرت ولاقت اهتماماً. إن الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين له خصوصيته ويحتاج إلى كفاءات فريدة - مثل اتخاذ القرارات الأخلاقية / القانونية - في الممارسة العيادية. كما أن القضايا الأخلاقية - القانونية ذات الصلة بالسرية، والإخبار عن إساءة معاملة الأطفال وإهمالها تمثل تحدياً خاصاً للمرشد النفسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن السرية أصبحت قضية فريدة عند إرشاد القاصرين، كما أن القوانين تتباين فيما يتعلق باختلاف الأماكن، والقضايا الأخلاقية. ومن ثم، ينبغي أن يكون المرشد النفسي على وعي بهذه المعلومات لتحديد الحقوق التي تتعلق بسرية المعلومات، وكيف أن هذه القضايا تؤثر على العملية الإرشادية.

الإرشاد النفسي متعدد الثقافات: يمكن اعتبار الإرشاد النفسي متعدد الثقافات القوة الرابعة في علم النفس، بعد الإتجاه السيكودينامي، الاتجاه الوجودي - الإنساني، والاتجاه المعرفي السلوكي (Sue et al. ,1996،Pedersen,1991a). إن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات موجّه نحو إعادة صياغة المفاهيم في النظرية والممارسة للإرشاد النفسي التقليدي. ومن هنا يرى سو ورفاقه (2008 a) أن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات قد أصبح مؤخراً يحتل مركز الوسط في مهنة الإرشاد النفسي.

لقد تم تحديد السمات المميزة لممارسة الارشاد متعدد الثقافات والمرتبطة بمدى واسع من المتغيرات ذات الصلة بالمرشد النفسي والمسترشد، بما في ذلك الوعي الذاتي للمرشد النفسي، والمعرفة الثقافية، وتدخلات المرشد النفسي، والحساسة للثقافة (Arredondo et al.,2008) وهذا ما يبرر الحاجة لوجود العديد من الدراسات التي تبحث في المتغيرات المرتبطة بالإرشاد متعدد الثقافات.

الخدمات المنظمة للصحة النفسية:

بدأت الخدمات المنظمة للصحة النفسية الناجحة في أواخر الثمانينيات (Freeman,1995)، ومازالت مستمرة كجزء رئيسي من الرعاية الصحية المعاصرة. تركز الرعاية الصحية الناجحة على إدارة الرعاية وليس على إدارة الأرباح (Freeman,1995)، وهناك العديد من المنظمات والجمعيات المعنية بتنظيم هذه الخدمات وبالتالي من الأهمية بمكان لممارسي مهن المساعدة والمرشدين تحديداً أن ينتسبوا إلى هذه المنظمات حتى يصبحوا جزءً من نظام الرعاية الصحية ويصبحوا قادرين على تقديم الخدمات.

بعض الاهتمامات الرئيسية الناتجة عن حركة الرعاية النفسية الناجحة تشمل على عدد الزيارات (عدد من 3-7 جلسات)، مشكلات السرية، تفكك الشخصية، التدريب محل الشك للأفراد الذين يشخصّون مشكلات الصحة النفسية، والقيود المفروضة على اختيار مقدمي خدمات الصحة النفسية (Solomon,1996). أشارت نتائج دراسة روبرت & بيرد (2004) أن الرعاية النفسية الناجحة مصدر ضغط على الممارسين، خصوصاً بالنسبة إلى العمل الورقي والقيود الخارجية، مثل قضايا تعويض النفقات. كما أن درجة الاشتراك في الرعاية مرتبطة أيضاً بالضغوط والاحتراق النفسي حيث يكون المشتركون في الرعاية النفسية عرضة للاحتراق النفسي المرتبط بالضغوط.

العلاج المثبت تجريبياً : لاحظ نوركروس & هيل (2003) حركة دولية في مهن الرعاية الصحية نحو العلاجات المثبت تجريبياً. لقد أدركت منظمات الرعاية النفسية ميزات التدخل المؤيّدة تجريبياً كوسيلة لتحديد السياقات العلاجية المعتمدة، والمرتبطة بحالات تشخيصية معينة (Wampold et al.,2002) حاول قسم علم النفس العيادي في الجمعية الأمريكية لعلم النفس تحديد والتعرف على العلاجات المؤيّدة تجريبياً، كاقتراحات للعلاج في بعض اضطرابات الصحة النفسية، وتوصيل هذه المعلومات إلى الآخرين، وإلى أعضاء لم يقس مهن المساعدة، إلا أن هناك نقاشات خلافية تتعلق بالأدلة على فعالية هذه العلاجات (Wampold et al.,2002) . ونتيجة لذلك، ظهرت نماذج عديدة لتقييم النماذج أو الصوّر العلاجية.

على سبيل المثال، حدد وامبولد ورفاقه (2002) سبعة مبادئ يمكن استخدامها لمراجعة الأدلة على التدخلات المؤيدة تجريبياً - أقترح شواليز (2003) أن تقييم العلاقات المؤيدّة تجريبياً ينبغي أن يتسع ليشتمل مراعاة واعتبار القضايا الفلسفية، والسياسية، والاجتماعية. ذكر نوركروس و هيل (2003) أن حركة العلاجات المؤيّدة تجريبياً لابد من ايصالياً إلى المعالجين بأسلوب لطيف (سهل الوصول إليه، وسهل الاستيعاب، وسهل التطبيق). كما اقترح موراي أيضاً ضرورة تقديم تأكيداً إضافياً في البحوث التطبيقية ضمن برامج تعليم المرشدين النفسيين.

فيما يبدو أن العلاجات المؤيدّة تجريبياً واعدة لخدمات الصحة النفسية. فمن الممكن أن تعزز المسؤولية التربوية، وتقدّم سياقاً مميزاً لبحوث وتنمية علاجات الصحة النفسية. ينبغي أيضاً أن تشتمل الإستراتيجيات البحثية المستقبلية التي تتعلق بالعلاجات المؤيدّة تجريبياً على مراعاة أو اعتبار العوامل الإنسانية مثل العلاقة الإرشادية.

علم النفس الإيجابي: يؤكد علم النفس الإيجابي على دور القدرات والوجدانيات الموجبة مثل السعادة، الأمل، التدفق، والتسامح على السعادة النفسية (Harris et al ,.2007)، فهو يمثل نقلة من التأكيد على أسباب المرض إلى السعادة النفسية ومن المشكلات إلى الحلول. يوصي هاريس ورفاقه (2007) بأن على المرشد النفسي مراعاة علم النفس الإيجابي عند صياغة أهداف الإرشاد النفسي. كما يشجع المرشد النفسي على استخدام لغة القدرات والحلول عند صياغة التدخلات (مثلاً: سؤال الطفل " ماذا سيقول لك المدرّس عندما تقوم بواجباتك في وقتها ؟") هناك علاقة وثيقة بين اتجاهات ما بعد المعاصرة في علم النفس مثل علم النفس الروائي، وعلم النفس الإيجابي بتعزيز التنبؤ بالنجاح.

الإرشاد النفسي ذو الحلول المختصرة: يبدو أن حركة الإرشاد النفسي ذات الحلول المختصرة تلاقي رواجاً كبيراً. إن ضغوط الميزانية، الزمن والتحوّل نحو الرعاية المضبوطة قد ساهم في هذا الاهتمام. يتم الآن إعادة تفسير كثير من نظريات الإرشاد الرئيسية من منظور الإرشاد النفسي ذي الحلول المختصرة (Friedman.,1997). بالإضافة إلى ذلك، بعض نماذج الإرشاد النفسي الموجز تركز

على حل المشكلات (Nystul ,1995)، في حين تركز أخرى على الحل (de shazer,1994). تقدّم نماذج الإرشاد النفسي الموجز اتجاهاً لإعادة صياغة مفاهيم نظريات الإرشاد النفسي. ما من شك في أن الاتجاه نحو الإرشاد النفسي الموجز المتمركز حول الحل، وعلم النفس الإيجابي سوف يلعبان دوراً رئيسياً في مستقبل الإرشاد النفسي.

الاضطرابات العقلية: وضع ياجر(1989) وبينيكس ورفاقه (1989) تصورات عن تأثير التطورات العلمية في العلوم على تشخيص علاج الاضطرابات العقلية. هذه التصورات مستمرة في التنبؤ – بدقة – بالاتجاهات المستقبلية. نعرض فيما يأتي ملخصاً لهذه التصورات:

- تلعب الجينات دوراً هاماً في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية. على سبيل المثال، من الممكن أن يستخدم العلماء الهندسة الوراثية لتغيير البنية الوراثية " الجينية " للوقاية من، أو علاج الاضطرابات العقلية، مما يمكن الممارسين من تحديد والتعرف على الأطفال المعرضين لخطر نشوء الاضطرابات العقلية.
- سوف يكتسب علماء الأعصاب البيولوجيين فهماً أكثر تعقيداً عن دور الناقلات العصبية، أو العوامل التي تسهل التواصل بين الأعصاب، في نمو وعلاج الاضطرابات العصبية.
- الباحثون في مجال علم النفس الدوائي سوف ينمّون علاجات دوائية أكثر فعالية، ذات آثار جانبية قليلة لعلاج الاضطرابات العقلية. سوف يقوم العلماء أيضاً بتطوير علاجات دوائية جديدة تعالج بنجاح الاضطرابات العقلية التي لم تكن مستجيبة للأدوية. ومن أمثلة ذلك اضطراب المواد المسكرة بما فيها الكحوليات، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الجنسية.
- علماء البيولوجيا الاجتماعية سوف يحددون العوامل التي تحفّز ظهور الاضطرابات العقلية.
- التطورات في تكنولوجيا الحاسب سوف تمكن الإكلينيكيين من الاستخدام الأفضل للكمبيوتر في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية.
- النظرة المستقبلية: النظرة المستقبلية مستمر في التأثير على تطور نظرية الإرشاد النفسي، وكذلك البحوث، والممارسة. تشير هذه النظرة إلى أن الحقيقة، المعرفة، والواقعية تظهر من الناحية السياقية بلغة القوى الاجتماعية، والثقافية، والسياسية، والقوى الأخرى، التي من الممكن أن يكون لها تأثير على الخبرة الشخصية. ومن ثم فإن النظرة المستقبلية تبدو على أنها تقدم فرصاً لدمج قضايا التنوع مثل دور الثقافة، والقوى الاقتصادية في الإرشاد النفسي والصحة النفسية. كما أنها ترتبط بوجهة النظر المتطّورة عن الذات, Gergen . , 1994b) (Smith , 1994. فهي تقترح حركة بعيدة عن الذات المستقلة التكاملية إلى النفس الاجتماعية التي تتسع إلى أبعد من الفرد لكل سمات المجتمع.

الاتجاهات المستقبلية ترتبط بظهور نظريتين في علم النفس (البنائية، البنائية الاجتماعية)، اللتين لهما آثاراً رئيسية في إعادة الصياغة المفاهيمية لعملية الإرشاد النفسي. تؤكد البنائية

(Mahoney,1988) على دور المعرفة في تفسير الأحداث الخارجية، بينما تؤكد البنائية الاجتماعية (Gergen,1944B) على تأثير القوى الاجتماعية في بناء الواقع. كلا النظريتين يدركان الدور الذي تلعبه الروايات في ابتكار قصص يستخدمها الأفراد في تحديد المعنى الشخصي في الحياة. فيما يبدو أن الاتجاهات المستقبلية تقدّم فرصاً متعددة لبناء النظرية، خصوصاً في دمج قضايا التنوع في الإرشاد النفسي. تنبغي دراسة آثار هذين الاتجاهين الجديدين من خلال البحوث لتحديد دورهما الايجابي.

- الروحانية : إن إدراك الروحانية في الإرشاد النفسي اتجاه بارز في الإرشاد النفسي (Richards & Bergen,1997,2004).

هناك عدد من العوامل التي لها دور في الاهتمام المتزايد بالمجال الروحاني للإرشاد النفسي. يمكن تعريف الروحانية بأنها خاصية إنسانية عامة تظهر في البحث عن المعنى في الوجود (Hasse et al.,1992, Ingersoll,1995)، حيث يقدّم الدين البناء الذي من خلاله يمكن التعبير عن الروحانية. مع الأخذ في الاعتبار أن الروحانية ظاهرة واسعة الانتشار لذلك على المرشدين النفسيين أن يدركون أهميتها في عملية الإرشاد النفسي (Miranti & Burke,1995).

من الممكن أن تكون الروحانية قوى هامة في كل مراحل عملية الإرشاد النفسي، من تكوين العلاقات، مروراً بالتقويم، ووضع الأهداف، والعلاج (Richards & Bergen ,1997). كما أن المنظور الروحاني يتفق مع الحركة نحو الإرشاد النفسي ذي الحلول الموجزة. على سبيل المثال، من المألوف أن يلجأ الناس إلى الصلاة، وإلى الله أثناء أوقات الحاجة لاكتساب القوة والدعم في العلاج (Miranti & Burke,1995). يشير كثير من المسترشدون إلى عدم قدرتهم على الحصول على المساعدة بفعالية إلا إذا تم مخاطبة القضايا الروحانية لديهم (Richards & Bergin ,1997 ,2004 ,Shafranske ,1996). بالإضافة إلى ذلك، هناك أدلة على أن الصحة الروحانية تلعب دوراً هاماً في الصحة الجسمية والنفسية، والسعادة النفسية (Bergin,1991,Richards,2004). هذه الدراسات تعطي الروحانية المصداقية العلمية التي سوف تساعد في هدفها في مجال الإرشاد النفسي.

الإرشاد النفسي عبر الإنترنت: الإرشاد النفسي عبر الإنترنت وسيلة مألوفة ومحببة لتقديم الخدمات الإرشادية (Wiggins - Frames,1998). من الممكن أن يتخذ الإرشاد النفسي على الإنترنت أشكالاً عديدة، ولكن يغلب عليه إعداد أو إنشاء المرشد النفسي موقعاً على الشبكة مثل المركز النفسي (Hannon,1996). هذه المواقع يتم من خلال البريد الإلكتروني، حيث يقوم المسترشد بإرسال أسئلة لا تزيد عن 200 كلمة للمرشد النفسي، ويستجيب المرشد النفسي خلال من 1–3 أيام (Wiggins - Frames ,1998). حدد هالي (2005) عدداً من الأشكال البارزة للإرشاد النفسي على الإنترنت، وتشتمل على ما يأتي :

- الإرشاد النفسي بالبريد الإلكتروني: يستخدم المرشد النفسي والمسترشد البريد الإلكتروني كملتقى للإرشاد النفسي.
- الإرشاد النفسي من خلال لوحة البيانات: يصدّر المسترشد أسئلة على لوحة البيانات، مستخدماً اسماً مستعاراً، لضمان السرية. ثم يكتب المرشد النفسي الاستجابة التي قد تكون مرئية للجميع.
- الإرشاد النفسي من خلال غرف المحادثة (الشات): ينخرط المرشد النفسي والمسترشد في تواصل حقيقي خلال الإنترنت عبر غرف المحادثة.
- الإرشاد النفسي عبر الحديث التليفوني على الإنترنت: يستخدم المرشد النفسي والمسترشد المايكروفون (السماعات) والتحدث معاً عبر الإنترنت (مثلاً: في غرف الشات).
- الإرشاد النفسي المدار بالكمبيوتر: الإرشاد النفسي المُدار بالكمبيوتر يجيب على أسئلة المسترشد.
- التدريب الإلكتروني: يقدم المرشدون النفسيون أنشطة موجهة للمسترشدون تتعلق بالمشكلات الخاصة مثل: كيف يجابهون القلق والاكتئاب. غالباً ما يُقدّم للمسترشدون معلومات ومهام ترتبط بهذه الموضوعات، ثم يتلقون تغذية راجعة من المرشد النفسي.

حدد وجينز – فريم (1998) مميزات وعيوب الإرشاد النفسي على الإنترنت. اشتملت المميزات على تقديم خدمات إرشادية للأفراد الذين لن يكونوا قادرين على تلقي هذه الخدمات إلا من خلاله (مثل الأفراد الذين يعيشون في المناطق النائية). قد يكون الإرشاد النفسي على الإنترنت أكثر جاذبية للأفراد ذوي الصعوبات، مثل ذوي الاضطرابات السمعية، أما عيوب الارشاد من خلال الانترنت فتتمثل في عدد من المشكلات الأخلاقية مثل عدم ضمان السرية، عدم ضمان تحسن المسترشد، وصعوبة الموازنة بين الجانبين الشخصي والعملي.

كما أعطى هينلن ورفاقه (Heinlin et .al ,2003) معلومات إضافية تتعلق بالإرشاد النفسي على الإنترنت. فقد قاموا بدراسة مسحية لـ 136 موقعاً على الإنترنت تقدم خدمات إرشادية من خلال قاعات الشات، والبريد الإلكتروني. أشارت النتائج إلى مدى واسع من الخدمات، والجداول الزمنية للأجرة، ومقدمي الخدمات المعتمدين. حافظ مقدمو الخدمات المعتمدين على مستويات عليا من التوافق مع المعايير الأخلاقية مقارنة بمقدمي الخدمات غير المعتمدين. كما تبين أيضاً أن الإرشاد النفسي على الإنترنت مصدر غير ثابت للإرشاد النفسي، حيث حُذفت ثلث مواقع الشبكة بعد إجراء الدراسة بثمانية أشهر. عبرّ هينلن ورفاقه (2003) عن قلقهم بشأن جودة ومجال الخدمات المُقدّمة، عدم ثبات مواقع الشبكة، والاختراق الأخلاقي واسع النطاق (خصوصاً بين مقدمي الخدمات غير المعتمدين).

• التكنولوجيا : قدّمت هالي (2005) استعراضاً للتكنولوجيا والإرشاد النفسي. فقد رأت أنه بحلول عام 2008، سوف يكون 90% من المرشدين النفسيين. قد استخدموا التكنولوجيا في العديد من مهام الإرشاد النفسي، بما فيهم ما يأتي:

- الحاسوب كمرشد نفسي : المثال الأول على الكمبيوتر الذي يعمل كمرشد نفسي يرجع إلى 30 عاماً عندما ابتكر جوسيف ويزينبوم برنامج كمبيوتري يُسمى إليزا. فقد كان برنامج إليزا نوعاً غير موجهاً من المرشدين النفسيين الذي يستجيب لمشكلات المسترشدون.
- نظم الحاسوب المنشط للصوت : هذا الشكل الجديد المثير من أشكال الإرشاد النفسي ينطوي على تطبيق للفن على التكنولوجيا حيث ينشئ تواصلاً وهمياً مشابهاً للواقع حيث أصبح بإمكان المسترشدون ذوي المخاوف المرضية أن يستخدموه
- الاختبارات على الانترنت : تُستخدم هذه الاختبارات (بما في ذلك تفسير الاختبار ووضع درجاته) لكل أنواع القياس. (مثلاً : قوائم الاهتمامات والميول، قياس الشخصية، وقياس الظروف المهنية).
- قواعد البيانات : قواعد البيانات يمكن أن تقيس أو تقيّم المسترشدين في العديد من الموضوعات مثل درجة المخاطرة للسلوك الانتحاري أو سلوك القتل. قواعد البيانات هذه تتطلب استجابات لما يقرب من ألف سؤال ترتبط بمتغيرات لها علاقة بمجالات التقييم. على سبيل المثال، قواعد البيانات التي تتعلق بتشخيص العنف قد تشتمل على أسئلة عن تاريخ الفرد في العنف، والخلفية الأسرية، والميول الشخصية.
- المساندة في التدخلات من أجل المسترشد : يمكن أن يلجأ المرشد النفسي إلى الإنترنت للحصول على مواد العلاج النفسي. على سبيل المثال، تم اعداد العديد من المواقع الإلكترونية لمساعدة ضحايا الضعف وضحايا عمليات المخ من الأطفال في خلق عالم حقيقي يمكن من خلاله الفرد عيش المواقف الحياتية الصعبة لكن بأمان.
- الخدمات المعلوماتية المنتديات: هناك العديد من المواقع على شبكة الإنترنت، تقدّم معلومات عن كل قضايا الإرشاد النفسي، من نظم العلاج الحديثة للاضطرابات العقلية (مثل العلاجات المؤيّدة تجريبياً للاكتئاب لدى الأطفال). أما المنتديات، فمن الممكن أن تسمح بالتواصل المشترك الذي يتعلق بالتطورات على سبيل المثال دور الموافقة في اتخاذ القرار الأخلاقي - القانوني.
- المجموعات الواقعية للمساعدة الذاتية: لقد أصبحت مجموعات المساعدة الذاتية على الإنترنت باستخدام البريد الإلكتروني، وغرف الشات، والأشكال الأخرى من التواصل الإلكتروني مألوفة وأكثر شعبية. فقد وجدت مجموعات المساعدة الذاتية الإنترنت طريقة مريحة لمخاطبة مدى واسع من المشكلات (مثل: اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه). غالباً ما تشتمل هذه المواقع على التوجيه، وأشكال أخرى من الدعم للمشاركين.

- مراجع المعالج النفسي والمسترشد: كثير من مواقع الإنترنت تُقدّم معلومات عن ماهية الإرشاد النفسي، وكيفية تلقي المساعدة من أجل الحصول على الخدمات الإرشادية.
- الإشراف على المرشد النفسي: إن الأشكال المعقدة من التكنولوجيا قد تم دمجها سريعاً في عملية الإشراف. تشمل بعض الأمثلة على الإشراف على المرشدين النفسيين الطلاب على الشبكة (مثلاً : تقديم جلسات إشراف لمجموعات غرف الشات). هناك شكل آخر من أشكال الإشراف - التغذية الراجعة البيولوجية - والذي يساعد المشرف على مراقبة الحالة العاطفية لطالب الإرشاد النفسي من خلال التغييرات في درجة حرارة الجلد، ومستويات توصيل الجلد وتجهيز هذه المعلومات أثناء شريط مسجل، أو إشراف حيّ.

طلاب الإرشاد النفسي ذوو الاضطرابات والمشكلات: هناك اهتمام كبير بالقضايا التي تتعلق بالطلاب الذين يظهر عليهم قصور مهني نتيجة لعدد من المشكلات مثل المشكلات العاطفية، خلل في مهارات الاتصال، وسلوكيات غير أخلاقية (Johnson & Campbell ,2004). هناك مهن أخرى مثل القانون، لها تاريخ في اعتبار القضايا مثل الشخصية الباقة، ولكن نفس الدقة أو الصرامة لا تُطبق في مهن المساعدة (Johnson & Campbell ,2004). يقدم فاتشا - هاس كيروسكي ووداشينورت (2004) استعراضاً لمصطلحات مثل مشكل (أو غير مقبول)، ومضطرب التي تُستخدم لوصف القضايا الشخصية للطلاب في البرامج التدريبية. يرتبط الاضطراب بالمرض العقلي، التوتر الوجداني، والصراعات الشخصية الأخر التي من الممكن أن تقوّض العمل المهني. أما "الإشكالي"، فيرتبط بسلوكيات غير مقبولة مثل السلوك التواصلي مع الآخرين غير المناسب أثناء التدريب الأكاديمي أو الممارسة الإكلينيكية.

يوصي فاتشا - هاس ورفاقه (2004) بأن تقدم برامج التدريب خطوطاً إرشادية لما يمكن اعتباره مقبولاً ومشكل (غير مقبول) من السلوكيات، وما يجب فعله عندما ينخرط الطلاب في سلوك غير مقبول إنّ القضايا التي تتعلق بما هو عادي من الناحية النمائية (مثل : المرشدون في التدريب يمرون بمرحلة من القلق عندما يرون المسترشدون لأول مرة) ينبغي أن تُميز عن الاستجابات الوجدانية غير العادية. كما ينبغي تمييز السلوك المشكل للطالب عن الاضطراب المرتبط بالصعوبات، قدّم إلمان وفورست (2004) خطوطاً إرشادية للعلاج النفسي للطلاب في البرامج التدريبية. ذكر هذان الباحثان عدداً من التحديات، بما فيها إحداث التوازن بين الحاجة لحماية السرية في العلاج النفسي والحاجة للتعرف على تقدم الطالب في القضايا المراد مخاطبتها.

الملخص

الإرشاد النفسي عملية معقدة لا تتحمل تعريفاً بسيطاً على سبيل المثال، الإرشاد النفسي، فن، وعلم، ولذا فهو يؤكد على أهمية الأبعاد الشخصية والموضوعية. كما أن للإرشاد النفسي أساس في

علم النفس الروائي، أو الإرشاد النفسي كشكل من أشكال السرد القصصي. يختلف الإرشاد النفسي عن العلاج النفسي من حيث المسترشدين، الأهداف، العلاج، والمواقع. كما أنه أيضاً جزء من مهن المساعدة، التي تشتمل على المعالجين النفسيين، الأخصائيين النفسيين، المرشدين النفسيين في الصحة النفسية والمرشدين النفسيين في المدارس.

والمرشدين النفسيين في المدارس، الاتجاهات المعاصرة في الإرشاد النفسي تتضمن قضايا البحوث في مجالات: القضايا الأخلاقية – القانونية، الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، خدمات الصحة النفسية المضبوطة، العلاج المؤيد تجريبياً، علم النفس الإيجابي، الإرشاد النفسي المرتكز حول الحل، الاضطرابات العقلية، ما بعد المعاصرة ، الروحانية، الإرشاد النفسي على الإنترنت، التكنولوجيا، والطلاب ذوي السلوك المشكل والمضطربون.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هو أكثر شئ أعجبك في الإرشاد النفسي؟

2- هل فكرت أن تكون مرشداً نفسياً؟ ولماذا؟

3- من هم الأفراد المعنيون بظهور الإرشاد النفسي وما أكثر شئ أعجبك في هؤلاء الناس؟

4- ما هي بعض الصفات الشخصية التي لديك وتعتقد أنها تجعلك مرشداً نفسياً فعلاً، ولماذا هذه الصفات مهمة؟

الفصل 2

الإعداد المهني والقضايا الأخلاقية والقانونية

إطلالة على الفصل

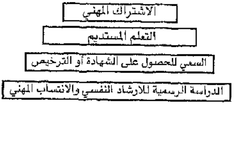
هذا الفصل يُقدم إطلالة على القضايا المهنية فى الإرشاد النفسى، كما أنه يغطى مواضيع هامة للمرشد المحترف، والقضايا الأخلاقية والقانونية. ويحتوى هذا الفصل على ما يأتى:

- كيف تكون مرشداً نفسياً محترفاً، بما فى ذلك الدراسات الرسمية، والانتساب المهني، والاشتراك المهني.
- القضايا الأخلاقية، وتشتمل على رفاهية العميل، والموافقة المعلنة، السرية، العلاقات المتبادلة.
- القضايا القانونية، وتشتمل على التواصل المتميز، وسوء الممارسة.
- القضايا الأخلاقية والقانونية الخاصة المتعلقة بالإرشاد الأسرى والزواجى، الإرشاد النفسي للطفل، الإرشاد الجمعى، ومرض نقص المناعة المكتسب "الإيدز".
- اتخاذ القرار الأخلاقية القانونية، بما فى ذلك الأمثلة العيادية.
- قضايا التنوع.

هناك بعض القضايا الرئيسية ذات الصلة بكيفية أن يصبح الفرد مرشداً نفسياً محترفاً وتشتمل على الشهادة، والترخيص، المنظمات المهنية، والقضايا الأخلاقية والقانونية، من الممكن أن الخطوط الإرشادية لإتخاذ القرارات الأخلاقية، والأمثلة العيادية – توضح بعض التطبيقات للمبادئ الأخلاقية والقانونية.

كيف تصبح مرشداً نفسياً محترفاً BECOMING A PROFESSIONAL COUNSELOR

إن أول خطوة نحو عمل الفرد كمرشد نفسي محترف هو إتخاذ قرار بشأن مباشرة الدراسة الرسمية في الإرشاد النفسي. إن كون الفرد مرشداً نفسياً عملية مستمرة تنطوى على العمل، والدراسة، الالتزام. هذا الجزء يصف أربعة قوالب بناء تميز هذه العملية، ويوضحها الشكل (1):



الشكل (1) قوالب البناء للإرشاد النفسي المهني

الدراسة الرسمية والانتساب المهني Formal Study and Professional Affiliation

عادةً ما تنطوي الدراسة الرسمية للإرشاد النفسي على العمل نحو درجة الماجستير، أو درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي. هناك ضغوط متزايدة على برامج الخريجين التي تقدم هذه الدرجات للحصول على الإعتماد من أحد المنظمات أو الجمعيات: جمعية الإعتماد للإرشاد النفسي من الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وفي بعض الحالات، الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الأسري والزواجي. الإعتماد يساعد على ضمان أن البرامج سوف تبقى على مستوى مقبول من المعايير. بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض عمليات الحصول على الشهادة في الإرشاد النفسي أو علم النفس تحتاج إلى درجة من البرامج المعتمدة.

تقدم برامج درجة الماجستير الأساس الضروري للحياة العملية كمرشد نفسي محترف. كما يمكن للطلاب أيضاً الإستفادة من الإلتحاق بالجمعيات المهنية مثل الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي أو الجمعية الأردنية لعلم النفس، أو الجمعية الأمريكية لعلم النفس. من الممكن للأعضاء الطلاب حضور المؤتمرات، وإشراك أنفسهم في القضايا المهنية التي تواجه المرشد النفسي والأخصائي النفسي. كما أنهم يتسلمون المجلات، و الرسائل الإخبارية التي تخاطب القاضيا الإخبارية الهامة، ويتسلمون نسخة من قانون الأخلاقيات التي توجّه الممارسة العيادية. لكل من الجمعية الأمريكية لعلم النفس , والجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي أقسام عديدة، والتي ربما تلقى إهتمام المرشدين النفسيين، والأخصائيين النفسيين.

• الشهادة والترخيص

الشهادة والترخيص هامان لكل المهن، بما فيها الإرشاد النفسي. وهذه الشهادة والتراخيص تقدم إقراراً مهنياً بالإضافة إلى أنها تمكّن أعضاء مهنة المساعدة من الإستفادة من التأمين لمساعدة المسترشدون على أن يدفعوا للخدمات الإرشادية. من الممكن للمرشدين النفسيين المصرّح لهم الوصول إلى بعض أشكال التأمين التي تحتاج إلى رخصة في الإرشاد النفسي.

على الرغم من أن الشهادة والترخيص عمليتان متشابهتان، حيث لابد للمتقدم للحصول عليها. كي يحقق بعض المتطلبات في التعليم، والتدريب، والخبرة، والكفاءة الإكلينيكية، إلا أن فورستر (1977) قد حدد فروقاً عديدة بينهما. فالشهادة تعترف بكفاءة المرشدين بإعطائهم السلطة في إستخدام اللقب الذي تتطلبه المهنة. بينما الترخيص تحدده التشريعات، والتي تنظم ممارسة المهنة ولقبها .نظراً لأن الترخيص عملية قانونية، وبالتالي تعرض على الفرد الذي يُعطى الرخصة بعض المراسيم القانونية. كما أن التراخيص أيضاً تخضع لتنظيمات شاملة ومحددة، تتطلب تدريباً وإعداداً أكثر من عملية الشهادة (George & Cristioni ,1995)

من الناحية التاريخية، قدّمت الولايات المتحدة للمرشدين النفسيين في المدارس فرصاً للحصول على الشهادات والتراخيص. بالإضافة إلى ذلك، فإن المرشد النفسي المدرسي حاصل على شهادة وترخيص – مثله في ذلك مثل بقية أعضاء هيئة التدريس في المدرسة – من خلال التحاقه بالتعليم. كما أن معظم المؤسسات تطلب من المرشدين النفسيين أن يكونوا حاصلين على شهادة وترخيص حديثاً، كان هناك إتجاه نحو طلب الشهادة أو الترخيص للمرشدين النفسيين الذين يرغبون في الممارسة أو مزاولة المهنة خارج المدرسة، على سبيل المثال عيادات الصحة النفسية، أو المستشفيات، أو الممارسة الخاصة. لقد حققت مهنة الإرشاد النفسي تقدماً في تنفيذ التشريعات . في عام 2009 أقّرت كل الولايات المتحدة الأمريكية قانوناً للشهادة أو الترخيص للمرشدين النفسيين.

تحتاج الشهادة أو الترخيص في الإرشاد النفسي إلى 30–60 ساعة دراسة في الجامعة، إعتماداً على الولاية، ودرجة الماجستير في الإرشاد النفسي أو المجالات وثيقة الصلة به تحتاج من 2–4 ساعات أسبوعياً تحت إشراف خبير في الإرشاد النفسي، إعتماداً على الولاية، مع النجاح في الإختبارات. وقد يحتاج المرشدون النفسيون إلى شهادة تخصص على سبيل المثال، أن يصبح عضواً في الجمعية القومية للمرشدين النفسيين المعتمدين، عضواً في الجمعية القومية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية المعتمدة، أو جمعية تأهيل المرشدين النفسيين المعتمدة(Books & Gerstein , 1990).

هناك بعض الأمور ذات العلاقة والمتمثلة في أن ممارسات الإختبارات الحالية لا تقيس المهارات العيادية للمتقدم للوظيفة، ولذا فهي في حاجة إلى تعديل (Brooks &Gerstein, 1990)

أخذت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي دوراً نشطاً في الشهادة والترخيص للمرشدين النفسيين (Brooks & Gerstein, 1990). على سبيل المثال، ساعدت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي في إيجاد هيئة قومية للمرشدين النفسيين المعتمدين كمحاولة لتحقيق المعايير القومية للمرشدين النفسيين المحترفين. فالأفراد الذين يرغبون في الحصول على الإعتراف كمرشد نفسي في الهيئة القومية للمرشدين النفسيين المعتمدين لابد أن يكونوا حاصلين على درجة الماجستير أو درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي. أو أي مجال قريب منه , كما ينبغي أن تكون لديه خبرة في الإرشاد النفسي على الأقل عامين، بالإضافة إلى إجتيازه لإمتحان الشهادة بنجاح. قد يشعر البعض أن تركيز الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي مُنصّب على إصدار الشهادات على حساب الأنشطة الأخرى.

التربية المستمرة Continuing Education

التربية المستمرة ضرورية للتنمية المستدامة للمرشدين النفسيين المحترفين. معظم قوانين الشهادات والتراخيص تتطلب من المرشدين النفسيين الإلتحاق بدورات أو مناهج للتربية المستمرة للحفاظ على أوراق إعتمادهم، وهذا ينطوي عادة على حضور ورش عمل أو عروض تقديمية في مؤتمرات أو أخذ مناهج تعليمية متعددة من أجل إعتماد التربية المستمرة.

كما أن أنشطة التنمية المهنية الأخرى من الممكن أن تساعد المرشدين النفسيين في الإبقاء على وتحسين مهاراتهم العيادية. بعض هذه الأنشطة يتمثل في قراءة المجلات والكتب المهنية، حضور البرامج التدريبية أثناء الخدمة، الإرشاد النفسي المشترك والتعاونى مع عيادى خبير، السعى بحثاً عن الإشراف المستمر، وحضور دورات التدريب المتقدمة في مجال الإرشاد النفسي.

الانخراط المهني Professional Involvement

كما ذكر من قبل، فإن العمل كمرشد نفسي محترف للمهنة يتطلب عملاً وجهداً مستمرين. أثناء مباشرة الأفراد لمهنة الإرشاد النفسي، فإنهم في البداية يكتسبون المساعدة والتوجيه من المهنة، كلما تقدموا في المهنة، كلما وجدوا أنفسهم مساهمين المهنة، ومن هذه الطرق التى يسهم بها المرشدون النفسيون: القيام بدور نشط في المنظمات المهنية، دعم الجهود لتحقيق متطلبات الشهادة والترخيص، والكتابة في المجالات المهنية. إن الانخراط المهني يساعد في دعم المهنة والحفاظ عليها، كما أنه يثري المرشد النفسي أيضاً. كلما أصبح المرشد النفسي مستغرقاً مهنياً، فإنه يستطيع تكوين شبكة عمل من الأصدقاء الذين يصبحون بعد ذلك نظاماً داعماً ومؤيداً له. كما أن الخبرة أيضاً تنوع من إهتماماتهم وأنشتطهم المهنية، والتى من الممكن أن تكون محفّزة مهنياً.

القضايا الأخلاقية - القانونية ETHICAL - LEGAL ISSUES

- فن وعلم القضايا الأخلاقية – القانونية

تعكس القضايا الأخلاقية – القانونية فن وعلم الإرشاد النفسي. لم تُكتب المدوّنات الأخلاقية , والقوانين التشريعية –إلى حد ما– كقوانين قاسية وسريعة، ولكن كقواعد لتوجيه الممارسة العيادية. يشير فن الإرشاد النفسي إلى أن الممارسين ينخرطون باتجاهات إبداعية لإتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية الحساسة للقضايا متعددة الثقافات. علم الإرشاد النفسي يشير إلى أن المعايير الأخلاقية والقانونية، تقدم رؤيا واضحة فيما يتعلق بالسلوك الأخلاقى – القانونى مثل الواجبات القانونية المُعلن عنها عندما يكون هناك طفل أُسئ معاملته، أو وقع عليه الإهمال.

يرى ميرا ورفاقه (1996) الأخلاق على أنها تكامل لمفهوم الإرشاد النفسي كفن وكعلم، حيث يفترضون بأن هناك بُعدين لإتخاذ القرار الأخلاقى: الأخلاقيات الأساسية، والأخلاقيات الحقيقية. الأخلاقيات الأساسية (مماثلة لعلم الإرشاد النفسي) هى التشريعات الأخلاقية المُعلنة التي يجب مراعاتها في المواقف العيادية مثل أهمية التحذير والحماية عندما يصبح المسترشد على وشك إرتكاب جريمة قتل.أما الأخلاقيات الحقيقية (مماثلة لفن الإرشاد النفسي)، فيشير إلى أن الممارسين يذهبون إلى أبعد مما هو إجبارى، ويسعون نحو المُثل التى يتطلع إليها المختصصون. وعند تنفيذ هذه

المهمة تنمو سمات الشخصية الحقيقية مثل الحساسية للبيئة الثقافية، والتى من الممكن أن يكون لها تأثير على إتخاذ القرار الأخلاقى. كما يقترح ميرا ورفاقه أيضاً أن الأخلاقيات الأساسية، والأخلاقيات الحقيقية تتكامل لتحقيق إتخاذ القرار الأخلاقى - ذلك القرار الصحيح أخلاقياً وقانونياً، كما أنه أفضل إهتماماً للمجتمع ككل. القضايا الأخلاقية - القانونية أصبحت منتشرة في الممارسة اليومية للمرشد النفسي المحترف، وهذا ينطبق على المرشد النفسي المدرسي، وأيضاً على المرشد النفسي في الصحة النفسية، والممارسات الأخرى في مهنة المساعدة. ظهرت هذه القضايا بإستجابة لمخاطر دعاوى سوء الممارسة (Corey et al, 2007)، وموقف الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) والمتمثل في أن "المسؤولية الرئيسية للمرشدين النفسيين هى إحترام كبرياء المسترشدون وتعزيز راحتهم". إذاً، من المفروض على المرشدين النفسيين أن يكون لديهم المعرفة والمهارات الضرورية لدمج القضايا الأخلاقية والقانونية في كل وجه من أوجه الممارسة.

القضايا الأخلاقية Ethical Issues

صاغت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005)، والجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003) المدوّنات الأخلاقية ومعايير الممارسة. فالمدوّنة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي تغطى الموضوعات العامة التي هي محل الإهتمام، مثل العلاقات الإرشادية، والقياس والتقويم، البحوث والنشر، والإستشارة، الممارسة الخاصة، ومعايير الإعداد. المعايير الأخلاقية المتنوعة عبارة عن خطوط إرشادية لما يمكن للمرشد النفسي أن يقوم به، وما لا يمكنه القيام به. بالطبع، كل موقف عيادى فريد ويحتاج إلى تفسير من المدوّنة الخاصة للأخلاق. ومن ثم يمكن إعتبار المعايير كقواعد إرشادية توجيهية يمكن للمرشد النفسي إستخدامها لصياغة أحكامه العيادية. يذكر ماب و رولين (1986) أن المدوّنات الأخلاقية تقدم إطار عمل للسلوك المهني والمسؤولية المهنية، وتعمل كوسيلة لتحقيق الهوية المهنية

حدد **باروث و هوبر** (1985) ثلاث قضايا أخلاقية رئيسية، تؤثر في الممارسة العيادية وهى: سعادة المسترشد وراحته، الموافقة المعلنة، والسرية. أما القضايا الأخلاقية الرئيسية الأخرى فتتعلق بالعلاقات الثنائية. نقدم فيما يأتى إستعراض لهذه القضايا الأخلاقية الأربع:

- **سعادة المسترشد:** إن المسؤولية الرئيسية للمرشد النفسي تتمثل في سعادة المسترشد وإنتعاشه، ومن هذا المنطلق، فإن الجمعية الأمريكية لعلم النفس تشير إلى أن حاجات المسترشد تأتى قبل حاجات المرشد النفسي، وأن المرشد النفسي ينبغى أن يتوقف أو يحيل المسترشد الذى لم يعد يستفيد من الخدمة. جدول (5) يقدّم مستخلصات من المدوّنات الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والجمعية الأمريكية لعلم النفس فيما يتعلق بسعادة المسترشد شفائه والظروف التى ترتبط بإحالة المسترشد.

جدول (5) الاعتبارات الأخلاقية المرتبطة بسعادة وإنتعاش المسترشد وإحالته

سعادة المسترشد وإنعاشه (راحته)	إحالة المسترشد
الجمعية الامريكية للإرشاد النفسى (2005) - المسؤولية الأساسية : تتمثل المسؤولية الأساسية للمرشد النفسى فى إحترام كبرياء المسترشد وتعزيز سعادته وشفائه .	الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسى (2005) إذا حدد المرشد النفسى عدم القدرة على المساعدة المهنية للمسترشد، إذاً عليه أن يقرر عدم الدخول فى أو الإستمرار فى العلاقات الإرشادية. لدى المرشدين النفسيين معرفة عن مصادر الإحالة المناسبة عياديا وثقافياً، ويقترحون هذه البدائل. إذا لم يوافق المسترشد على هذه الإحالة، ينبغى أن يقطع المرشد النفسي العلاقة
الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003) يسعى الأخصائيون النفسيون لتحقيق الفائدة لأولئك الذين يعملون معهم، ويكونوا على حذر من إلحاق أى أذى بهم، وفى أفعالهم المهنية، يسعى الأخصائيون النفسيون إلى حماية ورعاية السعادة والإنعاش وكذلك حقوق أولئك الذين يتفاعلون معهم بشكل شخصى.	الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003)يقدم الأخصائيون النفسيون الخدمات، ويعلّمون، ويجرون البحوث مع الأفراد، وفى المجالات التى تخصهم وفى نطاق كفائتهم، بناء على تعلمهم وتدريبهم، والخبرة المهنية. يحصل الأخصائيون النفسيون على الخبرة، الإستشارة، او الإشراف اللازم لضمان كفاءة خدماتهم، أو الإحالات المناسبة التى يقومون بها

المصدر: Code of Ethics and standards of practice (2005)

جدول (6) الاعتبارات الأخلاقية المرتبطة بالموافقة المعلنة

الموافقة المعلنة

الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005)

إن للمسترشدون الحرية في إختيار ما إذا كانوا سيدخلون في العلاقات الإرشادية أو يبقون عليها، وما إذا كانوا سيحتاجون إلى معلومات كافية عن عملية الإرشاد والمرشد النفسي إن على المرشد النفسي إجراء المراجعة المكتوبة والشفهية مع المسترشد للحقوق والمسؤوليات لكل من المرشد والمسترشد – إعلان الموافقة جزء مستمر ودائم من العملية الإرشادية، ويقوم المرشد النفسي بالتوثيق المناسب لمناقشات الموافقة المعلنة طيلة العلاقة الإرشادية.

الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003)

عندما يجرى الأخصائي النفسي بحوثاً أو تقدّم، أو علاجاً نفسياً، أو إرشاداً نفسياً، أو إستشارة.... فإنه يحصل على موافقة من الفرد أو الأفراد، مستخدماً اللغة المفهومة لهؤلاء الأفراد أو لهذا الفرد

المصدر: Code of Ethics and standards of Practice

الموافقة المعلنة. إن الأساسيات الأخلاقية المرتبطة بالموافقة المعلنة تتطلب من المرشد النفسي تزويد كل مسترشد بما يستلزمه الإرشاد النفسي حتى يتمكن المسترشد من أن يقرر المشاركة من عدم المشاركة. جدول (6) يقدّم قائمة بالمستخلصات عن هذا الموضوع من المدوّنات الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والجمعية الأمريكية لعلم النفس. يذكر مارديتروبان ورفاقه (1996) أن بإمكان المرشد النفسي مساعدة المسترشد على إعطاء أو تقديم الموافقة المعلنة من خلال إعطاءه معلومات عن السياسات، والأهداف والطرق للأمور المثيرة للجدل مثل قيام المرشد النفسي- بإعلام المسترشد عن موقفه الأخلاقي – القيمي.

أحد الطرق لمساعدة المسترشد على اعلان موافقة تتم من خلال تقديم بيان توضيح مهني. وقد إقترح ماكفادين و بروكس (1983) بياناً للتوضيح المهني يشتمل على معلومات المساعدة مثل السرية، نوع التصريح، والتوجه النظري. على سبيل المثال، ينبغي على المرشد المدرسي أن يتذكر أن مدخله يشتمل على الإستشارة مع الوالدين والمعلمين، والإرشاد مع الطلاب بشكل فردي، وفي مجموعات صغيرة، ومجموعات كبيرة. من حيث التوجه النظري، فإن على المرشد النفسي المدرسي توضيح أهمية المعنى التطوري في مخاطبة المهام التطورية للأطفال في المستويات الصفية المختلفة.

السرية: حالة هامة في الارشاد النفسي، والعلاج النفسي (Paradise & Kirby , 1990). لابد أن يشعر المسترشد بالأمان عند البوح بالمعلومات للمرشد النفسي لكي تكون العملية الإرشادية فعالة (Reyndds , 1976). يحدد دينكوسكى & دينكوسكى (1982) غرضين للسرية في الإرشاد النفسي وهما:

(أ) حماية المسترشد من وصمة العار الإجتماعية المرتبطة غالباً بكونه يعالج نفسياً.

(ب) تشجيع الحقوق الحيوية للمسترشد التى يمكن دمجها مع سعادة وشفاء المسترشد. تقدم المدوّنات الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي، والجمعية الأمريكية لعلم النفس خطوطاً إرشادية توجيهية ترتبط بالسرية، كما هو واضح في الجدول (7).

جدول (7) الاعتبارات الأخلاقية المرتبطة بالسرية

السرية
الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005): المرشد النفسي لا يتقاسم المعلومات السرية بدون موافقة المسترشد أو بدون أذن قانونى، أو أخلاقى صريح
الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003): الأخصائي النفسي ملزم بشكل أساسي أن يأخذ الحيطة لحماية المعلومات السرية. يناقش الأخصائي النفسي مع الأشخاص في الحدود ذات الصلة بالسرية.

الإستثناء الرئيسي لقاعدة السرية هي أن يظهر المسترشد خطورة على نفسه، أو على الآخرين، مثل المسترشد الذي يهدد بإرتكاب الإنتحار، أو قتل شخص ما (Gross & Robinson, 1987). من المهم ضمان أن المسترشدون على وعي بالحدود التي تتعلق بالسرية قبل بداية الإرشاد النفسي. ويمكن تحقيق ذلك بطرق عديدة، بما في ذلك إستخدام بيان التوضيح المهني.

– **العلاقات الثنائية:** العلاقات الثنائية تنطوي على المرشدين النفسيين الذين ينخرطون في أكثر من علاقة مع المسترشد (Corey etal , 2007)، على سبيل المثال، من الممكن أن يكون الأستاذ هو المرشد النفسي للطالب. من الممكن أن تكون العلاقات الثنائية إستكمالية وتخرق المعايير القانونية والخلقية في المدوّنات الأخلاقية التي تتعلق بالعلاقات الثنائية في الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والجمعية الأمريكية لعلم النفس.

يقدم **لامب ورفاقه** (2004) معلومات عن كيفية تحديد الأخصائيين النفسيين للعلاقة الإرشادية وتقييمها والاستجابة لها بما فيها العلاقات الثنائية مع المسترشدون، ومن يشرفون عليهم، والطلاب. فقد تبين من خلال بحوثهم أن العلاقة مع من يشرفون عليهم في المواقف الإجتماعية هي المجال الأكثر دراسة ومناقشة فيما يتعلق بالعلاقات الثنائية غير الجنسية. كما ذكر هؤلاء الباحثون أيضاً أن الأسباب الرئيسية التي ذكرها علماء النفس لعدم الإنخراط في العلاقات الثنائية الجنسية هي الهموم التي تتعلق بالأخلاقيات القيّم، والخُلق.

– **العلاقات الجنسية:** العلاقات الجنسية بين المرشدين النفسيين والمسترشدون أصبحت قضية أخلاقية – قانونية هامة. تشير الدراسة المسحية التي أجرها كيتشينر و أنديرسون (2000) عن القضايا المرتبطة بالعلاقات الجنسية في الإرشاد النفسي إلى أن 1–9% من المعالجين النفسيين الذكور و (0.4 – 2.5%) من المعالجات النفسيات من الإناث لديهن علاقات جنسية مع المسترشدون. أصدرت المنظمات المهنية قانوناً يحرم بشكل صارم العلاقات الجنسية بين المرشدين النفسيين والمسترشدون، لا يمكن إعتبار الشعور الجنسي لدى المرشد النفسي غير أخلاقي، ولكن فعله من الممكن أن ينتج عنه مشكلات أخلاقية وقانونية.

من الممكن للقوة غير المتوازنة المرتبطة بالعلاقة الإرشادية أن تنتج عنها إساءة المرشد النفسي للمسترشدون جنسياً. من الممكن أن يكون للعلاقات الجنسية مع المسترشدون تأثيرات عكسية على سعادة علاج المسترشد في أن المرشدين النفسيين ربما يعرض قدرتهم للخطر حيث يحاولون إشباع حاجاتهم، كما أن المسترشد ربما يفقد الثقة في المرشد النفسي وفي عملية الإرشاد. والمدوّنات الأخلاقية تمنع الأخصائيين النفسيين من الدخول في علاقة جنسية مع المسترشدون خلال –على الأقل– العامين اللذين يأتيان بعد توقف العملية الإرشادية. بالإضافة إلى ذلك، فإنه لزامٌ على الأخصائي النفسي أن يثبت عدم الإستغلال الجنسي نتيجة لهذه العلاقة الجنسية.

جدول (8) الإعتبارات الأخلاقية المرتبطة بالعلاقات الثنائية

الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005)
العلاقات أو التفاعلات الجنسية أو الرومانسية بين المرشد النفسي والمسترشد، أو العلاقات مع المسترشدون السابقين ممنوعة لمدة خمس سنوات بعد آخر تواصل مهني. يظهر المرشدون النفسيون - قبل الإنخراط في تفاعلات جنسية أو رومانسية، أو علاقات مع المسترشدون، أو شركائهم الرومانسيين، أو أفراد أسرة المسترشد بعد خمس سنوات من آخر تواصل مهني ، ويقدّم وثيقة (مكتوبة) معتمدة تعبّر عما إذا كانت التفاعلات أو العلاقة يمكن إعتبارها إستغلالية بطريقة أو بأخرى، وما إذا كانت هناك فرصة لإلحاق الضرر بالمسترشد، في حالات الإستغلال، وكذلك إلحاق الضرر، يتجنب المرشد النفسي الدخول في هذه العلاقة أو هذا التفاعل
عنما يكون التفاعل غير المهني بين المرشد النفسي والمسترشد، أو مع عميل سابق مفيد لهذا المسترشد، أو المسترشد السابق، لابد أن يوثّق المرشد النفسي في سجل الحالات - قبل التفاعل (إن كان ذلك ممكناً ومعقولاً) - مبررات هذا التفاعل، والفائدة المرجوة منه، والنتائج المتوقعة للمسترشد أو المسترشد السابق، والأفراد الاخرين المشتركين أو من لهم صلة بالمسترشد أو المسترشد السابق ؟ كما أن هذا التفاعل لابد من أن يكون برضا وموافقة مسبقة من المسترشد. وعندما يحدث ضرر غير مقصود للمسترشد أو المسترشد السابق، بسبب هذا التفاعل غير المهني، لابد للمرشد النفسي أن يقدّم أدلة على المحاولات التى بُذلت من أجل علاج هذا الضرر. ومن أمثلة التفاعلات المفيدة - وإن كانت غير محصورة عليها - حضور الحفلات الرسمية (مثل: حفلات الزفاف أو حفلات التخرج)، شراء خدمة أو منتج من مصنع المسترشد، زيارة أحد أفراد الأسرة للمريض الذي في المستشفى، العلاقة المتبادلة في جمعية مهنية، أو مؤسسة، أو المجتمع المحلي .
الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003)
تحدث العلاقة الثنائية عندما يكون الأخصائي النفسي في الدور المهني مع مسترشد ما، و (1) في الوقت نفسه في دورآخر مع هذا المسترشد، (2) في الوقت نفسه في علاقة مع شخص ما له علاقة وثيقة مع الشخص الذى للإخصائى النفسي العلاقة المهنية معه، أو (3) يعد بأن يدخل في علاقة في المستقبل مع الشخص الذى له علاقة بهذا المسترشد. يمتنع الأخصائي النفسي عن الدخول في علاقة متعددة إذا تُوقع بأن هذه العلاقة المتعددة سوف تؤدى إلى إحداث خلل أو عيب في موضوعية الأخصائي النفسي، أوكفائته، أو فعاليته في أداء عمله كأخصائي نفسي، أو أن هذه العلاقة سوف تضر المسترشد الذى توجد معه هذه العلاقة المهنية، أو يكون عرضة للإستغلال. أما العلاقات التى من المتوقع ألا تحدث أي أذى أو مخاطرة في الإستغلال فهى علاقة أخلاقية. لو تبين للأخصائي النفسي نشوب علاقة متعددة ضارة - نتيجة لعوامل لم يتم التنبؤ بها، أو لم تكن متوقعة - يأخذ الأخصائي النفسي خطوات معقولة لحلها مع مراعاة مصلحة المسترشد المتأثر، ومع الأخذ في الإعتبار المدوّنة الأخلاقية.

المصدر: Code of Ethics and Standards of Practice (2005)

القضايا التى تظهر في العلاقات المتبادلة. يشير كورى ورفاقه (2007) إلى أن العلاقات المتبادلة يمكن فهمها بشكل أفضل ضمن سياق قضايا الحدود للأدوار. كما يذكر هؤلاء الباحثون الجدل أو

الخلاف الذى يتعلق بكيفية تعريف الأدوار والحدود بين الممارسين والمسترشدون. في حين أن لازاروس (zod, 1998) على قناعة بقضايا الحدود والأدوار، حيث يعتقد أن العلاقات الثنائية غير الجنسية -فى بعض الحالات- يمكن أن تكون لها قيمة في العلاج النفسي، وأن التفسير الصارم للمعايير الأخلاقية من الممكن أن يقوّض إتخاذ القرارات العيادية.ومع ذلك، لا يتفق بوريس (1994) مع لازاروس، حيث يذكر أن الإمتناع عن العلاقات الثنائية لا يوحى بالصرامة في إتخاذ القرارات العيادية، أما جابارد (1994)، فيذهب إلى أبعد من ذلك، ويذكر أن عدم النجاح في تحقيق، والحفاظ على الحدود تعتبر وصفة لحدوث الكارثة.

يذكر يونج جرين & جوتليب (2004) أنه لا يمكن تجنب بعض العلاقات الثنائية، بل من الممكن أن تكون إلزامية، كما هو الحال في الجيش. وقد وضع هذان الباحثان خطة لإدارة المخاطرة يمكن إستخدامها لقياس مدى مناسبة الدخول في علاقة ثنائية، وذلك من خلال طرح الأسئلة الآتية:

- هل من الضرورى الدخول في علاقة ثنائية مع المسترشد ؟
- إلى أي مدى يمكن أن تحدث العلاقة الثنائية ضرراً، أو فائدة للمسترشد ؟
- هل العلاقة الثنائية سوف تقوّض العلاقة الإرشادية ؟
- هل يبقى الممارس على موضوعيته بعد الدخول في العلاقة الثنائية ؟
- هل هناك موافقة معلنة من المسترشد على الدخول في علاقة ثنائية (بما في ذلك تحديد المخاطر)؟
- هل تم توثيق إتخاذ القرار المتعلق بالدخول في العلاقة الثنائية في سجلات العلاج ؟
- هل هناك دليل موثّق على الإستشارة المستمرة ؟
- هل يقوم إتخاذ القرار على سعادة وإنعاش المسترشد، بما في ذلك إعتبار القضايا ذات الصلة بالقضايا التشخيصية والعلاجية؟

إن الحديث عن العلاقات الثنائية في الإرشاد النفسي يمثل تحدياً كما أنه قضية معقدة. من الواضح أن الدخول في علاقة ثنائية ينبغى أن يحدث فقط بعد تفكير واعى في أسئلة إدارة المخاطر، وإتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية الواعية.

القضايا القانونية Legal Issues

يمكن أن تنتج المشكلات القانونية عندما ينخرط المرشدون النفسيون في علاقات جنسية مع المسترشدون. على سبيل المثال، تعتبر جمعيات عديدة دخول المرشد النفسي في علاقة جنسية مع المسترشدون جريمة. من غير المدهش أن المنظمات المهنية لا تشجع المرشدين النفسيين على الدخول في العلاقات الجنسية مع المسترشدون – مع الأخذ بعين الإعتبار كل الأشياء والعواقب التي قد تنجم عن هذه العلاقة.

كما أن السرية ناحية أخرى من نواحي الإرشاد النفسي، حيث إستثارت العديد من القضايا الأخلاقية. كما ذكرنا، فإن المرشدين النفسيين مجبرين أخلاقياً على الإبقاء على السرية والحفاظ عليها إلا إذا رأوا أن المسترشد سوف يلحق بنفسه أو بالأخرين ضرراً. هنالك حادثة قانونية مماثلة تطلبت من المرشدين النفسيين القيام بأعمال حاسمة لحماية حياة الناس في جامعة كاليفورنيا (1974,1976). إشتملت هذه الحالة على أخصائي نفسي في جامعة كاليفورنيا في بركيلّي، يقدّم الخدمة الإرشادية لأحد الطلاب. بعدما هدّد الطالب بقتل صديقته تاتيانا تاراسوف، لم ينجح الإخصائي النفسي في إبلاغها وتحذيرها من التهديد. بعد شهر، قتل المسترشد الفتاة، أقام والدها دعوة ضد الجامعة، وكسب القضية بناءً على أن الأخصائي النفسي غير قادر على تحمل المسؤلية. قررت المحكمة العليا في كاليفورنيا أن هناك واجب للحماية في حالات مشابهة لحالة تاراسوف، حيث يتم ترتيب ادخال المسترشدون إلى المستشفى عندما تكون لديهم النية لإرتكاب جريمة القتل. الملحوظة الشخصية التالية تصف بعض الصعوبات المرتبطة بواجب الإنذار وواجب الحماية. يقدّم موناهان (1993) ارشادات إضافية تتعلق بواجب الإنذار وواجب الحماية.يؤكد موناهان على أن أفضل مؤشر على العنف هو التاريخ الماضي من العنف. ومن ثم من الضروري -بل إلزامي- أن يؤخذ التاريخ الماضي في الإعتبار، بما في ذلك مراجعة الدخولات الماضية في المستشفيات والأشكال الأخرى من العلاج بالإضافة إلى جمع معلومات من الآخرين إذا لزم الأمر. المتابعة مهمة أيضاً لضمان أن المسترشد الذي يفكر في إرتكاب جريمة القتل يتلقى العلاج اللازم لمنع إلحاق الآذى بنفسه وبالآخرين. بالإضافة إلى ذلك، يؤكد موناهان على أهمية التوثيق والإستشارة. يحدد كوري (2007) ثلاث مواقف مطلوب من المرشدين النفسيين فيها -قانونياً- تبليغ المعلومات، وهي:

(أ) عندما يعتقد المرشد النفسي أن المسترشد - دون سن الستة عشر - ضحية للإساءة الجسدية، أو الإساءة الجنسية، أو بعض الجرائم الأخرى

(ب) لو حدد المرشد النفسي أن المسترشد في حاجة لدخول المستشفى.

(ج) لو أن المعلومات مهمة في قضية معروضة في المحكمة

الملحوظة الشخصية الآتية تناقش بعض الضغوط المرتبطة بالقضايا القانونية في الإرشاد النفسي:

ملحوظة شخصية

نظراً لارتفاع مستوى العنف في المجتمع، فإنه ليس بمستغرب أن المرشدين النفسيين يتعاملون مع عدد متزايد من المواقف العنفية بشكل كبير. لذا، فإنني أجد نفسي في العديد من المواقف العيادية التي تحتاج إلى تدشين قاعدة تاراسوف من خلال تحذير وحماية ضحية المسترشد المقصود بالعنف أو الجريمة. أحد الطرق التي إستخدمها في المساعدة في تحديد ما إذا كان المسترشد يمثل تهديداً للآخرين طريقة أطلق عليها: الوسائل، الدافع، الخطة، الهدف. العوامل الأخرى التي ينبغي مراعتها: التاريخ الماضي من العنف، تناول الكحولات والمخدرات، عدم الاتزان العقلي، والحالة العقلية العامة. من الممكن أن إستشارة مشرف أو زميل من الأخصائيين النفسيين أو المعالجين النفسيين قد تكون مفيدة في تحديد ما إذا كان الفرد يمثل تهديداً بإرتكاب جريمة القتل.لقد وجدت العملية الحقيقة

لتدشين قضية تاراسوف في موقف عيادي خبرة ضاغطة جداً لكل من له صلة بها. هذه المواقف تضع حياة فردأو حياة كثيرين في خطر كما أنها تعرض سعادة المسترشد للخطر (بما في ذلك الصحة النفسية للمسترشد، الحياة العملية، والأسرية، والحالة القانونية). لقد وجدت أنه من الأمور الضاغطة جداً الإتصال بالضحية أو الضحايا المقصودين وإبلاغهم بأن المسترشد يبدو وأنه يخطط لقتلهم. كما أنه من الأمور الضاغطة محاولة حماية المسترشد من خلال أخذ خطوات لازمة وضرورية، والتى تنطوى غالباً على الترتيب للإحالة إلى المستشفى. إن وضع المسترشد طوعاً أو كرهاً في المستشفى عملية صعبة ومضيعة للوقت. كما أننى مندهش من أن بعض المستشفيات تعيد هؤلاء المسترشدون – سريعاً – إلى المجتمع المحلى، وبهذا تضع أعباءً أخرى، أو كوارث أخلاقية – وقانونية وضغوطاً على كل من لهم صلة بهذا المسترشد أو ذاك.

الاتصال المسموح. هناك قضية قانونية أخرى تتعلق بالسرية وهى فكرة الاتصال المسموح(أي أن المرشد يستطيع الافصاح عن معلومات خاصة بالمسترشد). هذا المصطلح يشير إلى الحماية القانونية للمسترشدون، ومنع المرشد النفسي من الإفصاح عن التواصل السرى في المحكمة بدون إذن المسترشدون (Herlihy & sheeley, 1987). هذه الميزة توجد لحماية حقوق المسترشد، وليس المرشد النفسي. يمتلك المسترشد هذه الميزة، ويتحكم فيها (Herlihy &Sheeley, 1987)، ويمكنه إذاً تحديد ما إذا كان المرشد النفسي يفصح عن المعلومات السرية في المحكمة. حدد كورى ورفاقه (2007) هذه الإستثناءات التى لا يمتلك فيها المسترشد الميزة ولا يتحكم فيها، وينبغى على المرشد النفسي تقديم المعلومات إلى المحكمة:

- عندما يقرر المرشد النفسي أن المسترشد في خطر إرتكاب جريمة الإنتحار (Bedner et al,1991).
- عندما يرفع المسترشد دعوة قضائية ضد المرشد النفسي (Denkowski & Denkowski , 1982)
- عندما يقوم المرشد النفسي بدراسة نفسية بتصريح من المحكمة (Remley,1991)
- عندما يستخدم المسترشد الحالة العقلية إدعاءً، أو دفاعاً في قضية مدنية (Leslie,1991)
- عندما يشك المرشد النفسي أن المسترشد دون سن الستة عشر ضحية جريمة مثل الإهمال أو إساءة المعاملة (Everstine et al.,1980)
- عندما يقرر المرشد النفسي أن المسترشد في حاجة إلى الدخول في المستشفى لإضطراب عقلى أو نفسي (Bender etal .,1991).
- عندما يكشف المسترشد عن نيته لإرتكاب جريمة، أو أن هناك خطر منه على نفسه، أو على الآخرين (Bender et al.,1991) تتباين القوانين المتعلقة بالتواصل المتميز بين المسترشد وعضو مهنة المساعدة -بشكل كبير- من مكان إلى أخرى (Herlihy & Sheeley ., 1987). بعض المناطق تعترف بالتواصل المسموح بين الأخصائين النفسيين والمسترشدون. ومن ثم، ينبغى أن يكون الممارسين على وعى بقوانين الولاية أو الدولة التى يعيشون فيها فيما يتعلق بالتواصل المسموح.

القضايا القانونية في الرعاية المنظمة

LEGAL ISSUES IN MANAGED CARE

تظهر الرعاية المنظمة الآن في صور عديدة في كثير من نظم الرعاية الصحية (Appelbaum.,1993). حدد أبلبوم (1993) عدداً من القضايا الأخلاقية التى ظهرت بالتزامن مع الحركة نحو الرعاية المنظمة، بعضها يتمثل في الإحتكام إلى القرارات البديلة، الإفصاح، وإستمرا العلاج. الإحتكام للقرارات المعاكسة يحتاج إلى طلب مكتوب إلى مقدّم الرعاية المنظمة لتغيير القرار لتقليص الخدمة إذا رأى المرشد النفسي أن هذه الخدمة لم تعد تفيد المسترشد (مثلاً: المسترشد ينوى الإنتحار، أو إرتكاب جريمة القتل). أما الإفصاح، فينطوى على إخبار المسترشد عن المحددات المالية للرعاية المنظمة (من حيث الدفع للعلاج النفسي، والذي قد يتوقف قبل أن يرى المرشد النفسي أو المسترشد أنه تم تحقيق أهداف العلاج النفسي). أما المشكلات التى ترتبط بالسرية فتتعلق بالمعلومات الشخصية التى أفصح عنها المسترشد، أو أثناء الإرشاد النفسي. أيضاً هناك قضايا أخلاقية وقانونية ترتبط بالواجب نحو الإستمرار في العلاج. فليس من القانون أو الأخلاق "التخلى" عن المسترشد الذى ليس لديه المال الذى يكفيه لسداد رسوم الإرشاد النفسي. فينبغى على المرشدين النفسيين إحالة المسترشد إلى خدمات مجانية أو خدمات يتحمل نفقاتها، أو يعالج المسترشد مجاناً، أو ينهى العلاج بصورة ملائمة (Appelbaum,1993).

كما أن على مقدمي الرعاية المنظمة مسؤولية، تشتمل على مراجعة الدعاوى، والمعلومات التى تتعلق برعاية المسترشدون الإفصاح عن محددات التغطية المالية للمسترشد، وإختيار مقدمى الخدمات المؤهلين (Applbaum.,1993). ينبغى أن يعمل الممارسون العاملون معاً لضمان تلقى المسترشدون للرعاية والخدمات المناسبة.

سوء الممارسة. المرشدون النفسيون معرضون بشكل كبير لسوء الممارسة (Corey., 2007). ومن ثم، فإنه من المهم بالنسبة للمرشدين النفسيين فهم ماهية سوء الممارسة، وما يمكن فعله لمنع الصعوبات القانونية. يعرّف ناب (1980) سوء الممارسة بأنها تصرف يصدر عن المرشد النفسي لا يتماشى مع الرعاية والمهارة المقبولة والتى يستخدمها المرشدون النفسيون الاخرون حسنو السمعة، وينتج عن هذا التصرف أذى للمسترشد ويذكر ناب (1990) أن المحاكم لا تفترض وجود سوء الممارسة لو وقع المرشد النفسي في خطأ في الحكم، حيث من الممكن الوقوع في هذا الخطأ، ومع ذلك مازال المرشد النفسي يقدّم الرعاية المعقولة والمقبولة. يحدد كيتون (1984) أربعة شروط لسوء الممارسة في الموقف الإرشادى، وهى:

(1) كان على المرشد النفسي واجب إتجاه المسترشد

(2) لم يتم الوفاء بواجب الرعاية

(3) لحق بالمسترشد أذى

(4) وجود علاقة وثيقة بين المرشد النفسي في تقديم الرعاية المطلوبة والمعقولة، والأذى الذى لحق بالمسترشد.

يقدم ديبو (1986) خطوطاً إرشادية لتجنب الخرق الأخلاقى في كل مرة من مراحل الإرشاد النفسي. هذه الخطوط الإرشادية من الممكن أن تقلل من مخاطر الضرر أو الأذى الذى يلحق بالمسترشد، وحدوث قضايا سوء الممارسة بالنسبة للمرشدين النفسيين:

- ما قبل الإرشاد النفسي: تشتمل قضية " ما قبل الإرشاد النفسي "على الإعلان الدقيق للخدمات، وعمل الترتيبات المالية مسبقاً، مما يؤدى إلى تقديم خدمة أفضل للمسترشد، وتقديم خدمات ضمن كفاءة المرشد النفسي، تسهيل إختيار المسترشد للخدمات، تجنب العلاقات الثنائية، وتوضيح المداخل العلاجية التجريبية، وأخذ الإحتياطات اللازمة لإشاعة الأمن، وتحديد حدود السرية.
- الإرشاد النفسي المستمر: تشتمل قضية الإرشاد النفسي المستمر على الإبقاء على السرية، والسعي في طلب الإستشارة إذا لزم الأمر. الإحتفاظ بسجلات المسترشد، والقيام بالسلوكيات والأفعال الكافية، التى تتعلق بالمسترشدون الذين ينوّون إلحاق الضرر بأنفسهم وبالآخرين، والإستجابة للقوانين التى تتعلق بالإبلاغ عن سوء معاملة الطفل وإهماله.
- مرحلة النهاية: قضايا النهاية تشتمل على كون المرشد النفسي حساس لاهتمامات المسترشد في النهاية، وما بعد النهاية، الإنهاء أو التحويل إلى جهة أخرى أو الرجوع إليها إذا لم يعد المسترشد يستفيد من الخدمات، وتقييم فعالية الخدمات الإرشادية.

القضايا القانونية والأخلاقية الخاصة Special Ethical and Legal Issues

هذا الجزء يتحدث عن بعض القضايا القانونية والأخلاقية الخاصة التى تتعلق بالعلاج النفسي الأسري، والزواجي، والإرشاد النفسي للطفل، والإرشاد الجمعى. كما أنه يقدم أيضاً معلومات عن القضايا القانونية والأخلاقية المرتبطة بمرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والإرشاد النفسي على الإنترنت

القضايا المتعلقة بالعلاج النفسي الأسري والزواجي

يصف جلايدينج ورفاقه (2001) القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي الأسري والزواجي عن طريق قياس درجة سعادة المسترشد وشفائه، والسرية، والموافقة المعلنة، والعلاقات الثنائية.

سعادة المسترشد وإنعاشه: فيما يلى نعرض وجهة النظر الأخلاقية للجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الأسري والزواجي (2001)، التى تتعلق بساعدة المسترشد وشفائه:

"يساعد المعالج النفسي الأسري والزواجي على تحقيق سعادة وإرضاء الأسر والأفراد، كما أنه يحترم حقوق هؤلاء الأفراد سعياً في طلب مساعدتهم، والقيام بالجهود المطلوبة والمعقولة لضمان استخدام الخدمات بشكل مناسب"

من الممكن أن تصبح قضية سعادة وإنعاش المسترشد قضية معقدة في العلاج النفسي الأسري والزواجي لأن المرشد النفسي يعمل مع أكثر من مسترشد واحد. يذكر مارجولين (1982) أن أهداف الأفراد الذين يسعون في طلب العلاج النفسي الأسري والزواجي يمكن أن تتصارع، وهذا يحدث في العلاج النفسي الأسري والزواجي، على سبيل المثال، عندما يريد شخص الطلاق، بينما لا يريد الآخر ذلك. ريى جلادينج ورفاقه (2001) أن بإمكان المرشد النفسي تجنب هذه المشكلات من خلال الإستفادة من منظور نظامي وليس من خلال التركيز على مشكلات المسترشدون.

السرية: فيما يلى نعرض وجهة نظر الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الأسري والزواجي عن السرية:

" إن لدى المعالجين النفسيين في المجال الأسري والزواجي هموماً أو متعلقات سرية فريدة، لأن المسترشد في العلاقة العلاجية قد يكون أكثر من فرد ومن ثم فإن المعالج النفسي يحترم ويحفظ أسرار كل مسترشد.

إن احترام سرية المسترشدون في العلاج النفسي الأسري والزواجي من الممكن أن تخلق كارثة أخلاقية. على سبيل المثال، أن يطلب من المرشد النفسي كتمان معلومات تخص المسترشد وإخفاؤها من قبل زوجته.

يذكر **مارجولين** 1982 أن المرشدين النفسيين يميلون إلى أن يأخذوا موقعا من موقعين فيما يتعلق بالسرية عند العمل مع الأزواج والأسرة أحدهما هو أن يرى المرشد النفسي كل زوج من الزوجين، أو كل عضو من أفراد الأسرة على أنه مسترشد فردي. ربما يرى المرشد لنفسي بشكل روتيني المسترشدون بشكل فردي قبل رؤيتهم معاً في الأزواج أو الأسرة فالمرشد النفسي الذى يستفيد من هذه الطريقة يحتاج إلى أن يكون لدية مفهوم واضح عن السرية ويوصّله إلى المسترشد. أما المدخل الثاني للسرية، فيقوم على اللاأسرية (Margolin, 1982) ومن هذا المنظور فإن المرشد النفسي ليس عليه أي التزام في أن يحتفظ بمعلومات من أي من الزوجين أو أفراد الأسرة. والمرشد النفسي الذى يتبنى هذا المدخل عادة ما يتجنب رؤية المسترشدون بشكل فردي. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يخبر المرشد النفسي المسترشدون بسياسته في السرية قبل الشروع في الإرشاد النفسي.

الموافقة المعلنة: فيما يلى نعرض وجهة نظر الجمعية (AAMFT) فيما يخص العلاج النفسي الأسري والزواجي عن الموافقة المعلنة: "يحترم المعالج النفسي الأسري والزواجي حقوق المسترشدين في اتخاذ القرارات، ويساعدهم على فهم نتائج هذه القرارات. يوضح المعالج النفسي -بشكل واضح-

للمسترشدون أنهم مسؤولون عن اتخاذ القرارات بشأن العلاقات مثل الإقامة المشتركة، الزواج، الطلاق، الانفصال والزيادة في الإرشاد، والوصاية، والتصالح".

إن تطبيق مفهوم الموافقة المعلنة من الممكن أن يكون صعبا في العلاج النفسي الأسري والزواجي، أكثر منه في الإرشاد النفسي الفردي.

يذكر **مارجولين** (1982) أن الأفراد الذين يخضعون للعلاج النفسي الأسري والزواجي معا لا يبدءون العلاج النفسي في آن واحد، لذا قد يكون من الضروري تكرار الإجراءات المرتبطة بالموافقة المعلنة عندما يبدأ مسترشد جديد في عملية الإرشاد النفسي.

العلاقات الثنائية: فيما يلي نعرض لوجهة نظر الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي عن العلاقات الثنائية:

"المعالجون النفسيون في العلاج النفسي الأسري والزواجي على وعى بموقعهم المؤثر فيما يتعلق بالمسترشدون، وهم يتجنبون استغلال الثقة والاعتمادية لدى هؤلاء الأفراد. لذا، فإن المعالجين النفسيين يبذلون كل جهدهم في تجنب العلاقات الثنائية مع المسترشدون، والتى من الممكن أن تضر بأحكامهم المهنية أو تزيد من مخاطر الاستغلال. في حال لا يمكن تجنب العلاقة الثنائية، فإن على المعالجين النفسيين توخي الحذر لضمان عدم الإضرار بالأحكام، وعدم حدوث أي استغلال. ومن أمثلة العلاقات الثنائية – وإن كانت ليست قاصرة عليها – علاقات العمل أو العلاقات الشخصية الحميمة مع المسترشدون. العلاقة الجنسية مع المسترشد ممنوعة، كما أن العلاقة الحميمة مع المسترشد الذى انتهت فترة التعامل معه منذ سنتين فقط ممنوعة أيضا".

من الممكن أن تتسبب العلاقات الثنائية في المشكلات في كل أنواع الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد النفسي الأسري والزواجي. أحد المشكلات الكبيرة في الإرشاد النفسي الأسري والزواجي تتمثل في تقديم الإرشاد الفردي والإرشاد الزواجي لنفس الشخص، ومحاولة ضمان الحفاظ على السرية.

القضايا المتعلقة بالإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين

ISSUES RELATING TO CHILD AND ADOLESCENT COUNSELING

من الممكن أن ينطوى الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين على قضايا أخلاقية وقانونية خاصة من حيث الموافقة المعلنة، السرية، والإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم:

الموافقة المعلنة: يذكر **كورى ورفاقه** (2007)، أن معظم المنظمات تتطلب موافقة الوالدين للقاصرين لتلقي الخدمات الإرشادية. بعض المنظمات تسمح للقاصرين بالدخول في العلاقة الإرشادية بدون إذن الوالدين في مواقف الأزمات مثل أولئك المتورطين في تناول المسكرات Corey et al.,2003) لذا، ينبغي على المرشدين النفسيين أن يكونوا على وعى بالقوانين التى تتعلق بالموافقة المعلنة في المكان الذي يعيشون فيه أو يعملون فيه.

السرية: يرى انسيل (1987) المرشد النفسي يجب أن يتقدم بحذر عند التعامل مع القاصرين، من الممكن أن تنشأ الصراعات من المسؤولية القانونية للمرشد النفسي لاحترام حق الوالد في أن يخبر بالخدمات الإرشادية والمسؤولية الأخلاقية للإبقاء على السرية للقاصرين (Huey, 1986).

يقترح آنسيل (1987) أن المرشدين النفسيين ينشؤون خطوطا عريضة مع الوالدين والقاصرين تتعلق بطبيعة المعلومات التى يمكن نقلها للوالدين. من الممكن استخدام المدونة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) لبناء هذه الخطوط العريضة: " عند إرشاد مسترشدين قصر، أو مسترشدين من الكبار، الذين تنقصهم القدرة على تقديم الموافقة المعلنة طواعية، فإن المرشدين النفسيين يكتمون سرية المعلومات المأخوذة في العلاقة الإرشادية لذا فإن بإمكان المرشد النفسي أن يقترح أن المعلومات السرية يمكن إبلاغها للوالدين عندما يعتقد المرشد النفسي أن هذا في صالح الطفل.

كما أن الوالدين يخولان أيضا للوصول إلى السجلات السرية للطفل أو المراهق (Thompson & Rudolph , 2003). الملاحظات الشخصية مستثناة من هذه الطلبات عندما تظل منفصلة عن ملفات المؤسسة، عندما لا يراها أحد، بما في ذلك الهيئة نفسها، وعندما لا يتم مناقشتها مع أي إنسان في عملية اتخاذ القرار (Thompson & Rudolph , 2003).

إساءة الطفل: كل الدول لديها قوانين تتعلق بالإساءة للأطفال (Thompson & Rudolph, 2003، ومعظمها يطلب من المرشدين النفسيين الإعلان عن، وتقديم الحماية للمبلغ عن التعرض لأي أذى أو إساءة (Congon,1987).

القضايا ذات الصلة بالإرشاد الجمعي: يتم مراجعة أفضل الإرشادات للمؤسسات العاملة في الإرشاد الجمعي، وذلك من خلال جمعية المتخصصين في الإرشاد الجمعي. يذكر توماس & بيندر (2008) أن أفضل الإرشادات للمؤسسات العاملة في الإرشاد الجمعي هي تلك التي حددتها الأمريكية للإرشاد وتشتمل على: المعايير المهنية، والسلوك الأخلاقي، القضايا المهنية المرتبطة بمجموعات التخطيط، والأداء، والتجهيز. وفيما يأتي نعرض لهذه المجموعات:

التخطيط ينخرط المرشدون في مجال الإرشاد الجمعي في الممارسة المهنية التى تتوافق مع تدريبهم وكفاءتهم. بالإضافة إلى ذلك، يقوم المرشدون في الإرشاد الجمعي بتشخيص الأفراد لضمان أنهم يناسبون الارشاد الجمعي ، ومن الممكن أن يسأل المرشد الأسئلة الآتية عند التخطيط لعقد المجموعات الإرشادية وهي: ما نوع المجموعة؟ لمن ستكون المجموعة؟ ماذا سيستفيد الاشخاص عن المشاركة بها؟ ما هي الافتراضات الأساسية التي تنطلق منها؟ ما هي إجراءات المسح والاختيار؟ كم عدد الأعضاء ؟ ما هي الإجراءات التقيمية؟.

التنفيذ: يستفيد المرشدون في مجال الإرشاد الجمعي من المهارات والتدخلات المناسبة لتعزيز النمو والتنمية الإيجابية لأفراد المجموعة. المرشدون في الإرشاد الجمعي حساسون لقضايا التنوع ويحاولون تنمية الوعي، والمعرفة، والمهارات الضرورية لمخاطبة قضايا التنوع. ينخرط المرشدون العاملون في الإرشاد الجمعي في التقييم المستمر لقدراتهم ومناحي الضعف لديهم، وفعالية المجموعات التي يقودونها. كما أنهم يستفيدون من نماذج اتخاذ القرارات الأخلاقية في مجموعات العمل التي يقودونها.

المعالجة والإدارة: يقوم المرشدون في مجال الإرشاد الجمعي بإدارة المتغيرات والتغيرات التي تحدث في المجموعات، وبين أعضاء المجموعة، وداخل المجموعة، ومع أفراد المجموعة، وخارج المجموعة من المشرفين، والقادة المشاركين، والزملاء الآخرين إذا لزم الأمر. يحاول المرشدون في مجال الإرشاد الجمعي توظيف الجانب النظري – العملي لتعزيز فعالية الإرشاد الجمعي. كما أن المرشدون في مجال الإرشاد الجمعي يقيمون أيضا دور المجموعة في تنمية البرامج الإرشادية. وتتم الاستفادة من خدمات المتابعة لتقييم ما إذا كان أفراد المجموعة يحتاجون إلى خدمات إضافية.

من بين القضايا الأخلاقية المتعددة ذات الصلة بالإرشاد الجمعي والتي حددها بارادايس و وكيربي (1990) الاحتياطات التي يجب مراعاتها واتخاذها مسبقا والتي تتعلق بالسرية. من الأهمية بمكان توضيح حدود السرية وحدود الاتصال للأفراد المشاركين عند مقابلتهم قبل تشكيل المجموعة الإرشادية، أو أثناء الجلسة الأولى. من الممكن مقاضاة المرشدين النفسيين على الإهمال لو أعطوا انطباعاً بأن السرية مضمونة. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يجعل المرشدون النفسيون كل الأعضاء يوقعون على عقد يطلب السرية، ويذكر فيه أن خرق السرية سوف ينتج عنه إبعاد الفرد عن المجموعة (Paradise&kirty,1990)

كما يمكن أن تنشأ مشكلات قانونية في الإرشاد الجمعي من واجب المرشد النفسي أن يمنعها في الجماعة. فالمرشدين النفسيين لديهم مسؤولية قانونية في تحذير أي شخص مستهدف من تهديد خطير. ومن المتوقع أن الإساءة اللفظية تكون أكثر حدوثاً في الإرشاد الجمعي منها في الإرشاد الفردي بسبب قوة وكثافة العمل الجمعي والتفاعل بين الأفراد (Corey, et al. 1982).

يقترح بارادايس & كيربي (1995) تشخيص المرشدين النفسيين في الإرشاد الجمعي للمسترشدون الخطيرين ومراقبتهم باستمرار لضمان سلامتهم الجسمية والنفسية.

القضايا متعددة الثقافات: يؤكد كوري ورفاقه (1995) على أهمية الاعتراف بالقضايا متعددة الثقافات في الإرشاد الجمعي ويقدمون العديد من الاستراتيجيات الإرشادية لمخاطبة قضايا التنوع في المجموعات. لابد أن يكون قادة المجموعات محل احترام حساسون للقضايا المتعلقة بتعدد الثقافات في المجموعات، بما في ذلك الفروق في القضايا الروحانية والدينية. يحتاج القادة إلى أن يكونوا على وعي بالقوى الثقافية الاجتماعية مثل العنصرية ومساعدة أفراد المجموعة في معرفة الوقت الذي تنشأ فيه مشكلاتهم بسبب مؤثرات من قوى خارجية. بالإضافة إلى ذلك، لابد أن يكون

القادة على وعى بتحيزاتهم وأحكامهم المسبقة والتعايش معها بحيث لا يكون لها تأثير سلبي على العمل الجمعي.

القضايا القانونية في الإرشاد الجمعي: يقدم كورى ورفاقه (1995) استعراضا للقضايا القانونية في الإرشاد الجمعي - يذكر هؤلاء الباحثون أن أفضل طريقة لتجنب قضايا سوء الممارسة هى الممارسة ضمن حدود كفاءة الفرد، والممارسة بأسلوب منطقي، وعادى، وحكيم. بالإضافة إلى ذلك، يقترح هؤلاء الباحثون أن المرشدين النفسيين: (1) يفهمون قوانين الدولة التي يعيشون فيها وكيف أنها تؤثر على السرية والتواصل المميز (2) يستخدمون عقود مكتوبة مع الأفراد لضمان الموافقة المعلنة (3) يحصلون على إذن من الأوصياء الشرعيين عند العمل مع القصر، و (4) ضمان حقوق وأمن أفراد المجموعة.

القضايا المتعلقة بمرض نقص المناعة المكتسب "الإيدز": تكلم كثير من المؤلفين عن القضايا القانونية التى تحيط بالخدمات الإرشادية المقدمة للمسترشدون المصابين بمرض الإيدز، والفيروس الكبدى الوبائي (سي) (Cohen, 1990, Gray & Hardring ,188, Meltoo, 1988). السؤال الأخلاقي الرئيسي الذى نطرحه يتعلق بما ينبغي على المرشد النفسي فعله عندما يظهر أن مسترشد ما (نشط جنسيا) لدية مرض الإيدز، ولم يخبر بذلك أي من الوالدين عن هذا المرض وفي هذه الحالة، فإن المأزق الأخلاقي الذى يقع فيه المرشد النفسي يتمثل في ما إذا كان سيحتفظ بالسرية أم يخبر الشريك الجنسي للمسترشد بأنه عرضه للإصابة بفيروس الإيدز.

يعتقد جراي و هاردينج (1988) بأن هناك دعاوى قانونية وأخلاقية لكسر حاجز السرية في هذه الحالات. من حيث الأخلاق فإن معايير الأخلاق في الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) تذكر الآتي:

"المطلب العام الذى ينص على أن المرشدين النفسيين يحتفظون بسرية المعلومات لا ينطبق عندما يكون الإفصاح مطلوبا لحماية المسترشدون أو الآخرين المعنيين من ضرر محدق، أو عندما تتطلب المتطلبات القانونية الكشف عن المعلومات السرية، يتشاور المرشدون النفسيون مع المتخصصين الآخرين عندما يكونوا في شك بخصوص صدق الاستثناء حينها تؤخذ اعتبارات إضافية بعين الاعتبار فيما يخص الحالات التي قد تنتهي فيها حياة شخص ما".

بالإضافة إلى ذلك، تذكر المدونة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) ما يلي:

"عندما يبوح المسترشدون بأن لديهم مرض معروف بأنه يهدد حياة الآخرين، فإن ذلك يعطى للمرشدين النفسيين مبررا قويا للكشف عن المعلومات إلى أفراد آخرين "طرف ثالث"، إذا ما عرف أنهم عرضة للإصابة بهذا المرض. قبل الإفصاح، يؤكد المرشدون النفسيون على أن هناك تشخيص، ويقيمون نية المسترشدون لإخبار الأفراد الآخرين عن هذا المرض، أو ممارستهم لأي سلوكيات قد تضر الأفراد الآخرين"

من الطبيعي ألا يقوم المرشدون النفسيون -بشكل احتياطي- بخرق السرية في حالات تبين فيها أن المسترشدون لديهم الفيروس الكبدى الوبائي (سي) إلا أنهم يمكنهم عمل ذلك كآخر ملاذ -يقدم جراى و هاردينج (1988) وكوهين (1990) وضعوا العديد من الإرشادات، نلخصها فيما يأتي، والتي يمكن أن تساعد المرشدين النفسيين في التعامل مع هذه المآزق الأخلاقية الحساسة:

- ينبغي أن يكون المسترشدون على وعى بحدود السرية قبل البدء في الإرشاد النفسي.
- المسترشدون الذين أصيبوا بمرض الإيدز ينبغي أن يعلموا كيف ينتشر الفيروس، وما هى الاحتياطات التى ينبغي عليهم أخذها لمنع انتشاره .
- ينبغي تشجيع المسترشدون على إخبار الشريك الجنسي بأنهم أصيبوا بهذا الفيروس.
- إذا لم يكن لدى المسترشد الرغبة في أن يخبر الشريك الذى قد يكون عرضه للإصابة بهذا الفيروس، ينبغي على المرشد النفسي في البداية أن ينبه المسترشد بالحاجة إلى خرق السرية، ثم يخبر هو الشريك الجنسي في وقت مناسب.
- ينبغي على المرشدين النفسيين وضع حد للمعلومات الجائز الإفصاح عنها بأن تكون معلومات طبية عامة فيما تخص مرض المسترشد.
- ينبغي البوح فقط للأفراد المعرضين للخطر أو للوصي في حالة القصر.
- ينبغي توصيل هذا الإفصاح بالمعلومات طواعية من أجل تقديم الخدمات الإرشادية للمسترشد.
- ينبغي الترتيب للإستشارة الطبية والإحالة الطبية إذا دعت الضرورة.

يقدم ستانارد وهازلر (1995) معلومات إضافية تتعلق بتضمينات (تاراسوف) في حالتي الفيروس الكبدى الوبائي (سي) وفيروس الإيدز، حيث يشير إلى أن كل حالة تحتاج إلى تقييم واع من حيث ظروفها الفريدة. فعندما تقدم الحالة دليلا طبيا على فيروس الإيدز، عندما تكون هنالك علاقة معرضة للخطر، وعندما لا تكون هناك أي نية لدى المسترشد ليبوح هو بهذا السر، " فإننا نوجه المرشدين النفسيين إلى السعى طلباً في الاستشارة ، للتأكد من أنه لا يمكن الاستفادة من أي بديل منطقي آخر وبعد ذلك يبلغون المعلومات الضرورية فقط، والمعلومات ذات الصلة بالموضوع، والمعلومات الموثوق منها " (standard & Hazler , 1995 p.7) بالإضافة إلى ذلك، يؤكدون على أهمية العمل مع المسترشدون لمنع إصابة الآخرين بالمرض في الحاضر والمستقبل.

القضايا الأخلاقية ذات الصلة بالإرشاد النفسي على الانترنت. هناك عدد من الأفراد - يتزايد يوماً بعد يوم - يستفيدون من الانترنت في الخدمات ذات الصلة بالصحة النفسية، وبالتالي أصبح الإرشاد النفسي على الانترنت خياراً إرشادياً مألوفاً بشكل متزايد (Malenet al, 2005) .

حدد شاوب شاو (2006) عددا من القضايا الأخلاقية التى نشأت من الإرشاد النفسي على الانترنت، ويبدو أنها تمثل تحديا، وقام بعمل دراسة مسحية على الانترنت للمرشدين النفسيين

لتحديد معدلات التوافق مع الخطوط الإرشادية الأخلاقية المستخدمة في الإرشاد المباشر والموضوعات الآتية هي التي اثيرت بالدراسة.

المؤهلات المهنية: يجب على المرشدين النفسيين على الانترنت أن يقدموا معلومات عن مؤهلهم المهني، بما في ذلك التدريب، الدرجات العملية، الترخيص، التوجه النظري، التخصصات، الأفراد المعنيين بالخدمات. أشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن المرشدين النفسيين على الانترنت لا يقدمون معلومات شاملة عن مؤهلاتهم المهنية، على سبيل المثال، 62٪ من المرشدين النفسيين على الانترنت لم يقدموا معلومات عن درجاتهم العلمية، ولا اسم الجامعة التى منحتهم الدرجة، بالإضافة إلى ذلك، لم يخبر 38 ٪ منهم المسترشدون عن عنوان موقعهم وعن أرقام تليفوناتهم.

استبعاد المريض من الإرشاد: هناك التزام أخلاقي على المرشدين النفسيين العاملين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت إلتزاماً أخلاقياً لضمان أنَ المسترشدون لا يحرمون من الخدمات الإرشادية وأن يحال المريض عند الضرورة إلى خدمات أخرى. تشير نتائج الدراسة المسحية إلى أن خدمات الإرشاد النفسي على الانترنت عابرة ومؤقتة في طبيعتها (مثلا 20 ٪ من مواقع الإرشاد النفسي) الانترنت تختفي، حيث تتحول إلى شكل أخر من أشكال المواقع على الشبكة، أو تتحول إلى مواقع ربحية خلال شهرين. بالإضافة إلى ذلك، أشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 41 ٪ من المرشدين النفسيين على الانترنت لم يساعدوا المسترشدون في الإحالة عندما تكون الخدمات الإرشادية على الانترنت غير مناسبة.

السرية: لدى المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت تفويض أخلاقي بتقديم خدمات إرشادية سرية موثوق بها، وهذا ربما يمثل تحديا عند الاستفادة من المواقع غير الآمنة مثل البريد الالكتروني أو عندما لا يتم الاستفادة من تحويل اللغة العادية إلى شفرات. وأشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 74 ٪ من المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت لا يستخدمون الشفرات بالإضافة إلى ذلك، فإن 65 ٪ منهم لم يذكروا على الموقع بأن الانترنت ليس أمن.

الموافقة المعلنة: إن على المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت مسؤولية أخلاقية تتمثل في إخبار المسترشد فيما يتعلق بالخدمات الإرشادية (مثلا: كيف يختلف الإرشاد النفسي على الإنترنت عن الإرشاد النفسي الذى يتم وجها لوجه، وحدود السرية، والحصول على الموافقة لتقديم الخدمة. أشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 39 من المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت لم يذكروا في الموقع على الشبكة أن الإرشاد النفسي على الانترنت ليس مثل الإرشاد النفسي الذى يتم وجها لوجه. بالإضافة إلى ذلك، فإن 67 ٪ لم يحصلوا على موافقة معلنة، والتى تشتمل على حدود السرية.

واجب التحذير والحماية: هناك التزامات أخلاقية وقانونية على المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت تتمثل في الحصول على معلومات عن المسترشد تخص طوارئ الصحة النفسية" بما في ذلك واجب التحذير والحماية إذا كان المسترشد عرضة للقتل أو الانتحار " وأشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 55 ٪ من المرشدين العاملين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت لم يحصلوا على معلومات التواصل اللازمة للوصول إلى الطوارئ الصحية مثل اسم المسترشد كاملا، وكذلك عنوانه.

إرضاؤ المسترشد معافاته: إن على المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت مسؤولية أخلاقية لعمل ما يمكنه عمله من أجل تعزيز سعادة وإرضاء المسترشد " عمل كل ما هو في مصلحة المسترشد. " ويبدأ إرضاء وشفاء المسترشد مع التقييم الأول الذي يحدد ما إذا كان هذا المسترشد يناسب الخدمات الإرشادية، أم أنه في حاجة إلى تحويل. وأشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 62 ٪ من المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت لم يجروا مقابلات شخصية، و41 ٪ منهم لم يساعدوا المسترشدون في الإحالات عندما لا تكون الخدمات الإرشادية مناسبة.

القُصّر: إن مع المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت تفويض قانوني وأخلاقي لضمان أهلية القاصرين لتلقي الخدمات الإرشادية. أشارت نتائج الدراسة المسحية إلى أن 57 ٪ من المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت لم يحصلوا على سن وتاريخ ميلاد المسترشدون. بالإضافة إلى ذلك فإن 67 ٪ منهم لم يذكروا بوضوح على الموقع أن المسترشدون ينبغي أن يكونوا في سن الثامنة عشر أو أكثر أو أن يكون معهم إذن من الأوصياء لتلقي الخدمات الإرشادية.

خلص شاو و شاو (2006) إلى أنه بوجه عام، يبدو أن المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت بحاجة إلى معرفة إضافة والتزام أكبر بالمدونات الأخلاقية ومعايير الممارسة، خصوصا المرشدين في مجال الإرشاد النفسي على الانترنت الذين ليس معهم ترخيص (33 ٪) ولم ينتسبوا إلى منظمات مهنية (60 ٪) كما أنهم بحاجة إلى تدريب إضافي على كيفية ممارسة الإرشاد النفسي على الإنترنت وتنظيمه.

اتخاذ القرارات الأخلاقية - القانونية Ethical - Legal Decision Making

إن القضايا الأخلاقية – القانونية في الإرشاد النفسي تتطلب هيكلية معينة من أجل اتخاذ القرارات. خلال عملية اتخاذ القرار، تكون الإستشارة مفيدة متى كان ذلك ضروريا، وتوثيق كل الأنشطة والأحداث الهامة، مثل جهود الاستشارة والعلاج (مثلا المكالمات التليفونية لمسترشد ينوى الانتحار) فيما يأتي نقدم عملية من أربع خطوات، من الممكن أن تكون مفيدة في إنجاز العملية المتعلقة باتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية.

الخطوة الأولى: حدد ما إذا ما كانت هناك قضية أخلاقية - قانونية: يرى جلادينج ورفاقه (2001) أن أول خطوة في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية تتمثل فيما إذا كانت هناك حاجة لاتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية من الممكن استخدام " القواعد الإرشادية " الأخلاقية الأربع التى تم الحديث عنها في هذا الفصل " إرضاء المسترشد ومعافاته، والموافقة المعلنة، والسرية، والعلاقات الثنائية " لتوجيه المرشد النفسي إلى القضايا الأخلاقية القوية. من الموضوعات القانونية الهامة التى تحتاج أيضا تنويه في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية: الإرشاد النفسي للقصر، الدعوى التشريعية، التواصل المميز، والقوانين المتعلقة بالتبليغ عن سوء معاملة وإهمال الطفل.

الخطوة الثانية: معرفة القضايا السياقية مثل التحيز الشخصي والثقافي: يري كيلي (199) أن المنظور السياقي يمثل افتراضين رئيسيين: الأول، التغيير حتمي ومستمر، والثاني التغيير منظومي، أي أن، التغيير في سياق ما يؤثر على التغيير في سياق آخر.

تؤكد النظريات ما بعد الحديثة مثل البنائية الاجتماعية على الطبيعة السياقية للتجربة الإنسانية، تعترف البنائية الاجتماعية بالطبيعة السياقية لاتخاذ القرار، والدور الذى تلعبه القوى الاجتماعية الثقافية في بناء الواقع (Cattone, 2001) هذه القوى الاجتماعية الثقافية (العنصرية، التحيز، النمطية، الاضطهاد) ربما تؤدي إلى صعوبة في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية. على سبيل المثال، لو اعتقد المرشدون النفسيون أن ثقافة معينة تنزع إلى مشكلات مثل إدمان الكحول، وإهمال الطفل، فإنهم ربما يوجهون فهماً خاطئاً باضطهاد الأطفال وإساءة معاملتهم عند تعاملهم مع بعض الأشخاص من هذه الثقافة. كما ان الظلم أو الاضطهاد يمكن أيضا أن يتداخل مع اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية. أيضا يمكن للظلم أو الاضطهاد أن يسهم تماما في الفعل الأخلاقي – القانوني تصرف متسرع بخصوص القرار يؤثر في الأفراد المستهدفين إلى العنصرية والتحيز ومثلا: المتخصصون الذين يريدون الإبقاء على متخصصين آخرين في أماكنهم وذلك من خلال إفساد المسئوليات الأخلاقية غير المرخص بها.

يقدم **ميرا ورفاقه** (1996) منظورا أخر لدمج البنائية الاجتماعية في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية. فقد ذكر أن الأخلاق الافتراضية تحاول توسيع اتخاذ القرارات الأخلاقية إلى أبعد من الذات لتعكس اهتمام بثقافة المجتمع يفترضون أيضا أن " الأخلاق الإفتراضية – التى لها أصول في الروايات وطموحات المجتمع، يمكن أن تكون مفيدة للمتخصصين في فهم السلوك الأخلاقي في الظروف والتفاعلات متعددة الثقافات لذا، يبدو أن الأخلاق الافتراضية تتوازى مع البنائية الاجتماعية من حيث توسيع الذات لتشمل الحساسة للثقافات التى تظهر في القصص التى يرويها المسترشدون، يذكر ميرا ورفاقه (1996) أيضا أن اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية انشقت من المنظور الأوروبي – الأمريكي، لذا فإنه لابد من الحديث عن عدد من التحيزات ذات الصلة بالنزعة العرقية هؤلاء. الباحثون يذكرون العمل لكارول جليجان (1982) عن دور الجنس في النمو الخلقي كمثال على أهمية اعتبار قضايا التنوع في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية إن الحاجة للحديث

عن قضايا التحيز الشخصي أثناء اتخاذ القرارات الأخلاقية - القانونية ناقشها جلادينج ورفاقه (2001) ، الذين أوضحوا أن اتخاذ القرارات الأخلاقية - القانونية لا تحدث من فراغ، ويرى كونون (2001) الذى ضمن السياق الذى يعمل فيه المرء. يرى جلادينج ورفاقه (2001) أن المفاهيم العلائقية لاتخاذ القرارات الأخلاقية - القانونية يمكن أن تؤدي إلى تحيز شخصي، والذي بدوره يقوض الموضوعية المهنية، كما اعترف هؤلاء الباحثون بأن القيم الشخصية والمهنية للمرشد النفسي قد تكون في تصارع، ومن ثم تعوق السلوك المناسب. على سبيل المثال، قد يكون لدى المرشد النفسي أيضا زميل - هو في الأصل صديق مقرب. قد يصبح المرشد النفسي وعى بالسلوك اللاخلاقي لهذا الزميل، ولكنه قد لا يتخذ الإجراء الصحيح بسبب هذه الصداقة . هناك مثال آخر على التحيز الشخصي، وهو التردد في التبليغ عن المشكلات الأخلاقية- القانونية خشية العواقب العكسية، إذ يمكن اعتبار المرشد النفسي هنا "ناقل للأخبار" أحد الطرق التى يستخدمها المرشد النفسي في التغلب على هذا التحيز الشخصي، هو أن يتذكر أن تصرفه سوف يكون لا أخلاقيا إذ لم يقم بالفعل البناء.

الخطوة الثالثة: صياغة منحى السلوك الأخلاقي - القانوني: متى أدرك المرشدون النفسيون وجود مأزق أخلاقي - قانوني، فإن عليهم وقتئذ تحديد السلوك الذى يقومون به. أول الخطوات الهامة في هذا الأمر هى استشارة رجل قانون، والمشرف أيضا، من الممكن أن تكون الاستشارة القانونية مفيدة في تحديد، والتعرف على القضايا القانونية، والسلوك أو الفعل المناسب المرتبط بالقضية. كما أن المشرفين يمكن أن يقوموا بدور حيوى أيضا. فقد حدد كيتشيز (1985، 1984) مستويين للأخلاق يمكن استخدامها لصياغة المنحى السلوكي الحدسي والنقدى - التقييمي. أما المستوى الحدسي، فينظر إلى المشاعر الحالية في الاستجابة للموقف. من الممكن أن يكون رد الفعل الحدسي مفيد في المواقف التى تتطلب فعل فوري، مثل التدخل في الأزمة.

أما المستوى النقدي - التقييمي للاستدلال الأخلاقي، فيمكن استخدامه في المواقف التى لا تتطلب فعل أو سلوك فورى. معظم المواقف التى تتطلب قرارا أخلاقيا - معقدة، وليس لها طريقة واضحة، يقترح كيتشنر (1984، 1985) منهجاً من ثلاث مستويات لتقييم موقف تحدد على وجه الخصوص، الأول يتعلق بقواعد الأخلاق، في حين أن المستويين الثاني والثالث يتعلقان بفضائل الأخلاق. المستوى الأول ينطوى على الإشارة إلى مدونة الأخلاق الإرشادية ذات الصلة بالموقف الأخلاقي. في حالة أن تكون هذه الإرشادات التي في المدونة غير كافية، يمكن عندئذ للمرشدين النفسيين الانتقال إلى المستوى الثاني لتحديد الأسس الفلسفية التى تقوم عليها الخطوط الإرشادية الأخلاقية، مثل الحق في الخصوصية، أو الحق في حرية الاختيار. وعندما يكون المرشدون النفسيون غير متأكدين أيضا، أي ما زالوا في شك، فإنهم يتقدمون إلى المستوى الثالث ويطبقون قواعد نظرية الأخلاق. هناك العديد من منظّرى الأخلاق المتميزين الذين يستطيعون المساعدة في تقديم ما يبرر الفعل الأخلاقي. على سبيل المثال، يري جلادينج ورفاقه (2001) أن على المرشدين النفسيين عمل ما

يحبون لأنفسهم وللآخرين في هذا الموقف أو في موقف مشابه، أي يعملون ما يمكنه أن ينتج عنه أقل ضرر ممكن.

الخطوة الرابعة: تطبيق خطة عمل: متى حدد المرشدون النفسيون المنحى السلوكى، وتغلبوا على الصراعات الشخصية المهنية، فإنهم يصبحون في وضعية تسمح لهم بتطبيق خطة عمل، وهذا يتطلب شجاعة ورغبة في قبول المسؤولية الشخصية عن أفعالهم.بعد تطبيق خطة العمل، ربما يرغب المرشدون النفسيون في المتابعة وتقييم أداءهم المهني. قدم هوس (1980) خطوطا إرشادية يمكن للمرشدين النفسيين استخدامها لتحديد ما إذا كانت أفعالهم مسؤولة من الناحية الأخلاقية يكون المرشدون النفسيون قد تصرفوا أخلاقيا إذا حافظوا على الأمانة الشخصية، والمهنية، وإذا وضعوا مصلحة المسترشد في الاعتبار، وتصرفوا بدون أي مصلحة شخصية، ويمكنهم تبرير إجراءاتهم على أنها أفضل حكم وفقا للحالة الحالية للمهنة.

أمثلة عيادية Clinical Examples

الأمثلة العيادية التالية تعطى الفرصة لممارسة اتخاذ القرارات الأخلاقية. المآزق الأخلاقية الأربعة التالية ترتبط بالعديد من المواقف العيادية. ليست هناك طريقة صحيحة وأخرى خطأ في الاستجابة لهذه الأمثلة، وإنما على المرشدين النفسيين - ببساطة - محاولة تنمية استجابة تعكس الحكم العيادي الصحيح. كل مثال يتبعه وصف للطريقة التى استجبت أنا بها.

المثال العيادى الأول: أنت مرشد نفسي في مركز الصحة النفسية في المجتمع المحلى. اتهمت شابه بقيادة السيارة وهى مخمورة، وأخبرها القاضي بأن عليها أن تحضر في البرنامج العلاجي لإدمان الكحول الذى تقدمه أنت، وذلك حتى تحافظ على رخصة القيادة. أنت مشغول بقضية الموافقة المعلنة ماذا تفعل في هذا الموقف لو كنت أنت المرشد النفسي ؟

استجابتي: أي موقف يشتمل على مسترشد أحالته المحكمة إلى الخضوع إلى الإرشاد النفسي يمثل مأزقاً أخلاقيا. إن المدونة الأخلاقية للموافقة المعلنة تتطلب أن هذا المسترشد لابد وأن يحضر الإرشاد النفسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا المسترشد لابد أن يشعر بالحرية في أن يُنهي الإرشاد النفسي في أي وقت يشاء. وفي الوقت نفسه، لابد أن يخبر المرشد النفسي القاضي، بما إذا لم تكمل هذه المسترشدة البرنامج الإرشادي للكحول. ومن الناحية الفنية، المسترشدة حرة في اختيار الإرشاد النفسي للحصول على الرخصة، أو عدم اختيار الإرشاد النفسي، وبالتالي عدم الحصول على الرخصة. على الأقل، فإن هذه المسترشدة إذا اختارت الإرشاد النفسي، ربما تفعل ذلك كرهاً.

أنا - كمرشد نفسي، أتناقش مع المسترشدة عما يستلزمه البرنامج العلاجي لإدمان الكحول، وأعطيها بعض المعلومات المهنية، وإفادة مهنية أو بيان مهني، هذا البيان يقدم معلومات مثل خلفيتي

المهنية، تعريفي للإرشاد النفسي، وحدود السرية. ثم بعد ذلك استكشف معها الخيارات المتاحة - إما إن تفقد الرخصة، أو تحضر البرنامج. إذا قررت المسترشدة المشاركة في البرنامج الإرشادي للكحول، فإن علي أن أدرك الإكراه الذي تشعر به، واقترح عليها أننا جميعا نحاول الاستفادة من الموقف الصعب، كما أخبرها بأنه حرة في أن تنهي المشاركة في البرنامج متى شاءت. وأؤكد أيضا على أنها متى قررت ذلك، فإنني مضطر لإخبار القاضي بأنها لم تستكمل البرنامج بنجاح.

المثال العيادي الثاني: أنت مرشد نفسي مدرسي في مدرسة ابتدائية بعد العمل في المدرسة لمدة شهر، حددت العديد من السياسات التي تتعارض مع المدونة الأخلاقية. ومن أمثلة هذه السياسات ما يأتي:

أ) طُلب منك تقديم خدمات الإرشاد النفسي لطلاب معينين، حتى ولو لم يكن هؤلاء الطلاب يرغبون في ذلك.

ب) لم يسمح لك بالحفاظ على السرية لأن عليك أن تخبر المدير بما يقوله لك هؤلاء الطلاب أثناء الجلسات.

استجابتي: تشير المدونة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) إلى أنه متى عملت المؤسسة بأسلوب يتصارع مع المدونة الأخلاقية للمرشد النفسي، فإن على المرشد النفسي محاولة حل هذا النزاع وهذا الاختلاف مع المؤسسة. وفي هذه العملية، يمكن للمرشد النفسي أن يذكر أن إتباع معايير الممارسة المحترف بها (مثل تعزيز سعادة شفاء المسترشد "هي في الأصل في مصلحة المؤسسة، وفي مصلحة المسترشد أو الهيئة كلها، كما ينبغي أن يذكر المرشد النفسي أن عدم إتباع معايير الممارسة يخلق فرصا لدعاوى قضائية يكون لها تأثير عكسي على المؤسسة. إذا لم يكن لدى المؤسسة في هذا المثال الرغبة في إحداث التغيرات اللازمة، فإن على المرشد النفسي التشاور مع الجمعية التي ينتسب إليها، وإذا لزم الأمر يرفع دعوى قضائية ضد المؤسسة "بأنها تنمي وتشجع على بيئة عمل عدائية" لا ينبغي أن يتورط المرشد النفسي في أي أعمال لا أخلاقية. فمن المهم أن يضع المرشد النفسي في اعتباره أنه حتى عندما تطلب هذه المؤسسة أن يقوم بأفعال لا أخلاقية، فلا يدافع بعد ذلك عن أفعاله بالقول: "مشرفي هو الذي طلب مني ذلك" وفي الحالات الحرجة قد يضطر المرشد النفسي إلى البحث عن عمل في مكان آخر.

المثال العيادي الثالث: أنت مرشد في الصحة النفسية في مركز الصحة النفسية في المجتمع الذي تعيش فيه. بعد الجلسة الثانية مع مسترشد ذكر، قررت أنه يعاني من اضطراب عقلي شديد، ولم تشعر بأنك مستريح من تقديم الخدمات الإرشادية لأنك تعتقد بأن المسترشد يحتاج إلى مساعدة تفوق مجال كفاءتك. قررت إحالته إلى معالج نفسي، أو متخصص آخر في الصحة النفسية. رفض المسترشد قبول اقتراحك، واصرَّ على الاستمرار معك. ماذا تفعل لو كنت أنت هذا المرشد النفسي.

استجابتي: تشير المدونات الأخلاقية للجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003)، والجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) والجمعية الأردنية لعلم النفس فيما يتعلق بإرضاء وشفاء المسترشد إلى أن على المرشد النفسي مسؤولية أخلاقية تتمثل في إحالة المسترشد الذى يحتاج إلى مساعدة تفوق مجال كفاءة المرشد النفسي.في حالة تردد المسترشد، أو مقاومته للإحالة، فإن على المرشد النفسي مساعدة المسترشد في التغلب على هذه الطرق المسدودة، مما يمكن الإحالة وبالإضافة إلى ذلك ينبغي على المرشد النفسي أن يوثق كل المحاولات التى اتخذها للمساعدة في إتمام عملية الإحالة، ليقدم دليلا مكتوبا أيضا. وهذا مفيد في توثيق أن المرشد النفسي لم يخرق القواعد الأخلاقية بتخليه عن المسترشد.

المثال العيادى الرابع: لديك ممارسة خاصة في الإرشاد النفسي للأزواج، وللأسر، وللأطفال أنت الآن تعمل مع زوجين، وان، مارى، طريقتك في الإرشاد النفسي للأزواج تتمثل في رؤية الزوجين كل على حدة لمدة 15 دقيقة، ولمدة 30 دقيقة معا.

أثناء الجلسة الأولى، تحدثت في البداية مع (ان)، أخبرك بأنه تزوج من مارى منذ سنتين وقبل الزواج، كان (وان) يتناول المخدرات مرتين في اليوم على الأقل لمدة عامين. أثناء هذه الفترة تبين أن لدية فيروس الكبد الوبائي (سي). قال (وان) بأن (ماري) لا تعرف أن لديه فيروس الكبد الوبائي "سي" ولا يرغب في أن يخبرها بذلك لأنه على يقين من أنها سوف تتركه، ماذا تفعل في هذا الموقف لو كنت أنت المرشد النفسي ؟

استجابتي: هذه القضية فيها العديد من القضايا الأخلاقية "شفاء وإرضاء المسترشد، السرية " وقضية قانونية واحدة" ترتبط بقانون تاراسوف "من حيث شفاء وإرضاء المسترشد، أنا قلق فيما يتعلق بمشكلة المخدرات، وبشأن مارى فيما يتعلق بموضوع فيروس "سي" وبشأن علاقة الزواج التى تربط بين الاثنين. كما أننى لدى بعض المبادئ الأخلاقية والقانونية التي تتعلق بالسرية. من الناحية الأخلاقية، أحتاج إلى أن أفعل كل ما يمكنني فعله لضمان أمن مسترشدي عندما يكون في خطر " بما في ذلك كسر أو خرق السرية " وبالإضافة إلى ذلك - كما ذكرت من قبل - في المدونة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005): "عندما يبوح المسترشدون بأن لديهم مرض يمكن أن ينتقل، ويمثل تهديدا للحياة، فإن لدى المرشدين النفسيين ما يبرر البوح بالمعلومات إلى الأطراف الأخرى (الطرف الثالث)...... " كما أن قانون تاراسوف " فيما يتعلق بواجب التحذير والحماية قد يتطلب منى خرق السرية وأخذ الخطوات اللازمة لضمان سلامة مارى فيما يتعلق بانتقال فيروس الإيدز لها من دان.

أنا كمرشد نفسي، مهتم بأن (دان) ربما ينقل إلى مارى فيروس نقص المناعة المكتسب "الإيدز" ومن هذا المنظور، أنا أصر -قبل نهاية جلسة الإرشاد النفسي- أن يخبر (دان) (مارى) بذلك حتى تقل مخاطر انتقال المرض إليها. لو رفض (دان) أن يخبر (مارى)، فإننى سوف أخرق السرية على أساس

أن مرضه يمثل خطرا على حياة (مارى). وفي هذا الوقت، سوف أراجع مع (دان) و(مارى) مخاطر اللقاءات الجنسية بحيث تتخذ قرارا فيما يتعلق بلقاءاتها الجنسية معه. كما أننى أشجع (دان) على الحصول على العلاج الطبي اللازم، وأشجعه على الدخول في برامج التأهيل لإدمان المخدرات، ويستمر في العلاج النفسي الزواجي إذا لزم الأمر ذلك.

قضايا التنوع Diversity Issues

إن قضايا التنوع مثل الثقافة والروحانية تؤثر على كل مراحل العملية الإرشادية - بما في ذلك اتخاذ القرارات الأخلاقية -القانونية- تذكر دى أندريا فوسترهيكمان (2008) أن حركة الإرشاد النفسي متعدد الثقافات احتلت المرحلة المركزية في مهنة الإرشاد ومن هذا المنظور، فإن القضايا المتعلقة بتعدد الثقافات يتم الحديث عنها في المدونات الأخلاقية للمنظمات المهنية مثل الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) والجمعية الأمريكية لعلم النفس (2003)، والجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين (1999). تقدم المدونة الأخلاقية للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي العديد من الأمثلة على هذا التمحور حول التعددية.

المقدمة أو التمهيد: يعترف أعضاء الجمعية بوجود التنوع، ويتبنون منهجاً ثقافياً في دعمهم لقيمة الأفراد، وكرامتهم وفرديتهم. وقدرتهم داخل السياقات الاجتماعية والثقافية لديهم".

الجزء الأول: العلاقة الإرشادية يوصل المرشدون النفسيون المعلومات بطرق مناسبة ثقافيا وتؤدي إلى تقدماً في العلاج.

الجزء الثاني: السرية، التواصل المميز، والخصوصية يحافظ المرشدون النفسيون على الوعى الإحساس فيما يتعلق بالمعنى الثقافي للسرية والخصوصية.

الجزء الخامس: التقييم، التقويم، والتفسير.

" يتوخى المرشدون النفسيون الحيطة عند اختيار القياسات للأفراد المتباينين ثقافيا لتجنب استخدام أدوات تفتقد إلى خصائص القياس النفسية المناسبة للأفراد المسترشدون.

الجزء السابع: البحوث والنشر المرشدون النفسيون حساسون للبحوث التي تتضمن الإجراءات البحثية التى تأخذ في الاعتبار الاعتبارات الثقافية

الروحانية قضية تنوع بارزة، يتم تضمينها في المنظور متعدد الثقافات (Bishop, 1995) في الإرشاد النفسي، تنطوى القضايا الروحانية على الاعتراف بالدور الذى تعلبه القيم والأخلاقيات في اتخاذ القرارات الأخلاقية - القانونية، والحاجة إلى الحديث عن هذه القضايا من منظور متعدد الثقافات (Grant,1992,.Schult, 1992). يشير العلم إلى أن الإرشاد النفسي - بطبيعته - عملية تحكمها القيم (Grant,1992)، ومن خلال ذلك، فإن المسترشدون على وعي بنظم القيم لدى المرشدين

النفسيين، ويساعد المرشدون النفسيون المسترشدون في استكشاف القضايا المتعلقة بالقيم (Patter-son, 1992). لذا، ينبغي أن القرارات الأخلاقية، القانونية تأخذ في الاعتبار الأصوات المتعددة التي تعرف السلوك الأخلاقي – في هذه العملية يمكن للمرشدين النفسيين محاولة فهم القيم لدى المسترشدون " بما فيها الأخلاق " من حيث نظرتهم لعالمهم وحمايتهم من فرض تعريفات عامة أحادية البعد للأخلاق على هؤلاء المسترشدون (Pedersen,1997).

الخلاصة

يواجه المرشدون النفسيون العديد من القضايا المهنية إن استكشاف قوالب البناء الأربعة المهنية للإرشاد النفسي – الدراسة الرسمية للإرشاد النفسي والانتساب المهني، الشهادة أو الترخيص، التربية المستدامة، والاشتراك المهني – يشجع الطلاب على الاندماج في القضايا المهنية بأسرع ما يمكن.

لدى المرشدين النفسيين مدّونات أخلاقية، مثل تلك المدونات التي تقدمها الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي، والجمعية الأمريكية لعلم النفس، والجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الأسري، والزواجي، للمساعدة في توجيه ممارستهم العيادية. لابد من تفسير هذه المدونات الأخلاقية، وتطبيقها على كل موقف عيادي معين. تشتمل القضايا الأخلاقية بالنسبة للمرشدين النفسيين على سعادة المسترشد وشفائه، المواقف المعلنة والسرية، والعلاقة الثنائية.

تنشأ القضايا الأخلاقية الخاصة في العلاج النفسي الأسري، والزواجي، وفي إرشاد الطفل، والإرشاد الجمعي ومع المرضى المصابين بمرض الإيدز.

كما أن أعضاء مهنة المساعدة يواجهون قضايا أخلاقية خاصة مثل قوانين الإبلاغ تتعلق بالإساءة للطفل، وإهماله، وواجب التحذير والحماية في الحالات التي تنطوي على تهديد وعنف. تقدم الأمثلة العيادية الفرص لتطبيق المفاهيم الأخلاقية والقانونية المتعددة.

كما ينبغي أن يكون المرشدون النفسيون على وعي بقضايا التنوع في اتخاذ القرارات الأخلاقية – القانونية.

الاستكشاف الشخصي

1- كيف يمكن للاشتراك في المنظمات والجمعيات المهنية أن يكون مهماً لحياتك العملية؟

2- ما الذي يستثيرك عن القضايا الأخلاقية – القانونية في الإرشاد النفسي؟

3- ما هو سوء الممارسة وما هي الخطوات التي تتخذها لتجنب الدعاوي القانونية؟

4- هل تعتقد أن الوالدين مسؤولان قانونياً عن سلوك الطفل؟، ولو أن الأمر كذلك لماذا؟

الفصل 3

العملية الإرشادية

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدّم إطلالة على العملية الإرشادية بالإضافة إلى وصفة لبعض المشكلات الشائعة التي يواجهها المبتدئون من المرشدين النفسيين، كما أنه يستكشف ما يمكن أن يحدث في الجلسة الإرشادية، وبعض المهارات الخاصة التي يمكن الاستفادة منها في الإرشاد النفسي. فهذا الفصل يتناول الأتي:

- فن وعلم العميلة الإرشادية
- المراحل الست للعملية الإرشادية
- مهارات الاستماع
- الاتجاهات الحديثة في العملية الإرشادية
- مناهج الإرشاد الموجز
- المشكلات الشائعة التي يواجهها المرشدون النفسيون المبتدئون
- قضايا التنوع

فن وعلم العملية الإرشادية THE ART AND SCIENCE OF THE COUNSELING PROCESS

العملية الإرشادية فن وعلم. على سبيل المثال، من الفن حقيقة أن تستمع إلى المسترشد، وتوصّل إليه الرعاية والاهتمام. فمن خلال فن الاستماع، يحاول المرشد النفسي الدخول إلى عالم المسترشد لرؤية الأشياء من منظور المسترشد. يتطلب فن الإرشاد النفسي من المرشد النفسي الوصول بحساسة إلى عالم المسترشدون ومساعدتهم على أن يصبحوا على وعي بمناحي القوة والجمال الخفية لديهم. كما يعترف فن الإرشاد النفسي أيضاً بأهمية رد الفعل المناسبة لقضايا التنوع مثل الثقافة، الجنس، والروحانية. كل هذه القضايا تلعب أدواراً هامة في فهم النظرية والبحوث، والممارسة في الإرشاد النفسي.

إن علم الإرشاد النفسي يخلق حالة من التوازن الهام، حيث يضيف بُعداً موضوعياً للفن الشخصي للإرشاد النفسي. لابد أن يكون المرشدون النفسيون قادرين على الاستفادة من الأدوات العلمية لاكتساب فهم موضوعي لما يحدث أثناء المراحل المختلفة من بناء العلاقة الإرشادية إلى نهاية المتابعة، البحث، والتقييم. على سبيل المثال، يتحدد علم الإرشاد النفسي بعدد من العوامل المرتبطة بتحقيق

علاقة إرشادية موجبة مثل (التعاطف، الاحترام، والفورية) كما أن هناك أمثلة أخرى عديدة لدور العلم في الإرشاد النفسي، من استخدام الاختبارات المعيارية في التقويم إلى مناهج البحث لتقييم الفعالية في الإرشاد النفسي.

الإرشاد النفسي ليس كينونة ثابتة، ولكنه عمليه سائلة يحاول فيها المرشد النفسي – بشكل مستمر – تكييّف العلاج لمصلحة المسترشد واحتياجاته. إن علم وفن الإرشاد النفسي ينبغي أن يرتكز إلى التخطيط لمنهج فعال خلال عملية الإرشاد.

المراحل الست لعملية الإرشاد النفسي

THE SIX STAGES OF THE COUNSELING PROCESSING

تستغرق معظم جلسات الإرشاد النفسي ما يقرب من 50 دقيقة (linder,1954). ومن ثم فإن جلسة الإرشاد النفسي أحياناً تعرف بأنها جلسة الخمسين دقيقة. يعتمد ما يحدث بالفعل في الجلسة على حاجات المسترشد، والمدخل الشخصي للمرشد النفسي إلى عملية الإرشاد. على الرغم من أن هناك بعض التباين أثناء الجلسة، إلا أن معظم مداخل الإرشاد لها بنية أساسية مشتركة، فقد وصفها كومر و هاكني (1993) بأنها عملية من خمس مراحل: بناء العلاقات، التقييم، وضع الأهداف التدخلات، النهاية والمتابعة. هذه المراحل اتسعت لتشتمل على نموذج عملية الإرشاد ذي الست مراحل، والذي نعرض له كالآتي:

المرحلة الأولى: بناء العلاقات

المرحلة الثانية: التقييم والتشخيص

المرحلة الثالثة: صياغة الأهداف الإرشادية

المرحلة الرابعة: التدخل وحل المشكلات

المرحلة الخامسة: النهاية والمتابعة

المرحلة السادسة: البحث والتقييم

من الممكن أن تشتمل جلسة الإرشاد النفسي الواحدة على المراحل الأربعة الأولى. ربما يتحوّل تركيز الإرشاد كلما تقدمت العمليات الإرشادية مع الوقت. على سبيل المثال، أثناء الجلسات الأولى القليلة مع المسترشد، ربما يضع المرشد النفسي التركيز الأساسي على بناء العلاقة الإرشادية الموجبة، التقويم والتشخيص، وصياغة الأهداف الإرشادية. أثناء المرحلة الأخيرة من العملية الإرشادية، يُحوّل

المرشد النفسي التركيز إلى التدخل، وحل المشكلات، إنهاء الجلسات، والمتابعة، والبحوث، والتقييم. فيما يلي نقدم وصفاً تفصيلياً لهذه المراحل الست:

المرحلة الأولى: بناء العلاقات Relationship Building

العلاقة الإرشادية هي قلب العملية الإرشادية ؛ حيث إنها تقدّم الدعم اللازم لكي يكون الإرشاد النفسي فعالاً، كما أنها هي العامل الحاسم والهام المرتبط بالنتائج الناجحة في الإرشاد النفسي (Kokotovic& Tracy.,1990). يعلّق سيكستون و ويستون (1994, p.6) على ذلك بقوليهما "لقد تبين أن جودة العلاقة الإرشادية لها التأثير الأكبر، والأكثر أهمية على النتائج الناجحة بالنسبة للمسترشد".

يمكن تعريف الإرشاد النفسي بأنه سلسة من المراحل أو الخطوات التي تقود الفرد خلال عملية الإرشاد.

على الرغم أن هناك اتفاق عام على أن العلاقة الإرشادية هامة، فمن غير الواضح إلى أي مدى وبأي طريقة تكمن أهميتها (Gelso& Carter1985). يمكن أن تُبنى الجهود البحثية في هذه القضايا ضمن فئتين هما: الظروف التي يقدمها المرشد النفسي. والظروف التي يقدمها المرشد النفسي والمسترشد. أما الظروف التي يقدمها المرشد النفسي فهي تلك الظروف المرتبطة بالكيفية التي يؤثر بها المرشد النفسي على العملية الإرشادية. ولقد أنصب تركيز هذا العلم في العلاقة الإرشادية على الظروف الرئيسية من أجل إرشاد نفسي فعال. نقدّم فيما يلي إطلالة على هذه القضايا المرتبطة بهذين الموضوعين الهامين:

الظروف الرئيسية: حدد روجرز (1957) ما يعتقد بأنها الظروف الرئيسية للإرشاد النفسي الناجح: الفهم التعاطفي، التقبل الايجابي غير المشروطة، والانسجام. يرى روجرز (1957) أن هذه الظروف الرئيسية ضرورية وكافية لإحداث التغيير البنّاء في الشخصية ، ومن ثم لا داعي لأي حالات أو شروط أخرى. بعد ذلك وسّع كاركهوف (1969) الظروف الرئيسية لتشتمل على الاحترام، الفورية (التلقائية) الموجهة، والدقة، والانفتاح النفسي. كما مهّد كاركهوف(1971 , 1969) الطريق لتنمية مهارات الاستماع التي يمكن استخدامها للتوصل إلى الظروف الرئيسية. جدول (9) يقدم استعراضا للظروف الثمانية المهمة في بناء العلاقة الإرشادية، ويليه وصفاً تفصيلياً لكل استراتيجية.

جدول (9) الظروف الرئيسية

الاستراتيجية الرئيسية	الوصف	الهدف
التعاطف	توصيل شعور بالرعاية والفهم	تحقيق الألفة ، تحقيق فهم المسترشد، التشجيع على الاستكشاف الذاتي لدى المسترشد.
التقبل الايجابي غير المشروطة	إعلام المسترشدون بأنهم أفراد لهم قيمة	تعزيز تقبّل العميل كشخص له قيمة، لنفسه إن قبول شخص المسترشد لا يعني قبول تصرفاته
الانسجام	التصرف بأسلوب يتماشى مع ما يفكر به المسترشد ويشعر به	أن يكون المرشد النفسي صادقاً في تفاعلاته مع المسترشد
الاحترام	التركيز على السمات الموجبة للمسترشد	التركيز على مناحي القوة لدى المسترشد وليس على مناحي الضعف .
الفورية (التلقائية)	إعلام العميل ما يحدث في جلسة الإرشاد النفسي.	تعزيز التواصل المتبادل بين المرشد النفسي والمسترشد
المواجهة	توضيح التناقض فيما يقوله المسترشد وما يفعله (بين المقولات والسلوك) ، وكيف يرى المرشد النفسي والمسترشد ذلك.	مساعدة المسترشدون على فهم أنفسهم والعالم من حولهم بوضوح وبدقة.
الدقة	مساعدة المسترشدون في مناقشة أنفسهم لمصطلحات معينة	مساعدة المسترشدون في التركيز على الموضوعات أو القضايا ذات الصلة بالموضوع.
الإفصاح الذاتي	تعريف الذات للآخرين	زيادة التواصل المرتبط بالإرشاد من المسترشد، وتعزيز تقييم المسترشد للمرشد النفسي، وزيادة رغبة المسترشد في طلب الإرشاد النفسي.

التعاطف: يعتبر التعاطف أكثر الاستراتيجيات الرئيسية أهمية من حيث تعزيز النتائج الإيجابية (Orlando& Howard ,1986). يلاحظ جيلسو & فرتيز(2001) أن كل المدارس الرئيسية للإرشاد النفسي تعترف بأهمية التعاطف في العملية الإرشادية يصف إيجان (2001) الفهم التعاطفي بأنه عملية تنطوي على الاستماع، والفهم وتوصيل هذا الفهم إلى المسترشد. يؤكد روجرز على الطبيعة

التجريبية للتعاطف. كما أنه يرفض بشكل كبير التفسيرات الميكانيكية للتعاطف والتي تركز على أساليب مثل انعكاس الشعور (Raskin & Rogers,2000) . وفقاً لروجرز، فإن التعاطف ينطوي على الدخول إلى، واختبار العالم الظواهراتي للمسترشد فالتعاطف عملية نشطة، وفورية، ومستمرة، يصبح فيها المرشد النفسي على وعي بمشاعر المسترشد، وخبرات هذه المشاعر، ويخلق مرآه يستطيع المسترشد من خلالها استكشاف واكتشاف المعاني العميقة المرتبطة بمشاعره (Raskin& Rogers,2000) يمكن فهم الفهم التعاطفي على أنه عملية متعددة المراحل.

إن الفهم العاطفي عبارة عن عملية متعددة المراحل (Barrett- Lennard,1981 ,1997, Galdstein,1983)، وتتكون من أنواع مختلفة من التعاطف. يحدد جلاد ستين (1983) المراحل التالية للتعاطف لدى المرشد النفسي: ردة فعل وجدانية لموقف المسترشد، يحاول المرشد النفسي فهم موقف المسترشد من منظور المسترشد، يوصّل المرشد النفسي التعاطف للمسترشد، يشعر المسترشد بشعور الرعاية والفهم من قبل المرشد النفسي.

كما تم تحديد أنواع عديدة من التعاطف؛ على سبيل المثال، التعاطف المتقدم (Egan , 2000). يصف (يجان) التعاطف الأولي بأنه عملية تنطوي على انتباه المرشد النفسي، واستماعه، وتوصيله للمدركات الدقيقة لرسائل المسترشد.

أما التعاطف المتقدم، فينطوي على الخصائص المرتبطة بالتعاطف الأولي بالإضافة إلى الاستفادة من مهارات الانفتاح النفسي، التوجيهات، أو التفسيرات. الملحوظة الشخصية التالية تقدم معلومات إضافية عن التعاطف.

الملحوظة الشخصية

ألقى الدكتور إيرنست فلوريز- وهو طبيب نفسي، أنا شخصياً أحترمه جداً - محاضرة بعنوان "ما هو الإرشاد النفسي"، قال فيها: "أنا لا أعرف ما قاله البروفيسور نيستول عن ماهية الإرشاد النفسي، ولكن هذا ما أقوله عن الإرشاد النفسي: يمكن تلخيص الإرشاد النفسي في كلمة واحدة - التعاطف - وهي تعني إظهار انك مهتم". أعتقد أن هذه المقولة صحيحة إلى حد كبير. فبدون العلاقة الإرشادية المهتمة، فلن تكون هناك فرص حقيقية لحدوث أي شئ إيجابي في عملية الإرشاد.

أعتقد أن النقطة المهمة فيمل يتعلق بالتعاطف تتمثل في أن التعاطف ينطوي على الرعاية الفعلية للشخص، وأيضاً أن يدرك الشخص أن هناك من يهتم به ويرعاه. على سبيل المثال، الأب الذي لم يخبر أولادة قط أنه يحبهم يمكن أن يشعر بالحب نحو أولادة، ولكنه لا يدرك أنه يحبهم. فالأطفال غالباً يحتاجون إلى سماع كلمة الحب ليشعروا بأن أحداً يحبهم.

أنا - كمرشد نفسي ومعلم - أعّرف التعاطف بأنه تكون من ثلاثة مستويات من القوة: المستوى الأول

ينطوي على استخدام مهارات الاستماع للفهم الظاهري لمشاعر المسترشد وتوصيل هذه المشاعر للمسترشد بأسلوب يفهم منه أن هناك من يهتم به ويرعاه.

أما المستوى الثاني، فينطوي على التعاطف المتقدم، والذي أعّرفه بأنه "السماع بأذن ثالثة" أو "الاستماع بين سطور التواصل". هذا النوع من الاستماع من الممكن أن يستثير "رحلة إلى النفس"، ومن خلالها يختبر المسترشد مستوى أعمق من الفهم الوجداني، على سبيل المثال، عندما يقول المسترشد للمرشد النفسي "أنا وجدت تناقضاً" ﴿ بما تقوله لي ﴾، من الممكن أن يستجيب المرشد النفسي للمسترشد بقولة " ربما تشعر بالتناقض في مستوى آخر أيضاً. المستوى الثالث من التعاطف هو ما أشير عليه على أنه "السمو الذاتي والتصادم الوجودي". ينطوي التصادم الوجودي على التحرك إلى ابعد من تصنيف الشخص – الشئ، الشعور بأنك أنت والمسترشد شئ واحد، والشعور المباشر بالحالة الوجدانية الداخلية للمسترشد، من الممكن أن يستخدم المرشدون النفسيون المراحل الأربع للعلاج النفسي للفنون الإبداعية متعددة الأشكال، مثل العلاج النفسي بالموسيقى، للانتقال إلى ابعد من السماع عن بذاءات المسترشد إلى المرور بالخبرة المباشرة عن التعبير الوجداني للمسترشد (أنظر الفصل الثامن).

التقبل الإيجابي غير المشروطة: ينطوي التقبل الإيجابي غير المشروطة على أن يوصّل المرشد النفسي للمسترشدون أنهم أفراد لهم قيمة وذو احترام. هذا المصطلح أشارت إليه العديد من المصطلحات الأخرى بما في ذلك الدفء ، التقبل، المكافئة، الاحترام، والمراعاة. هناك بعض الجدل حول مصطلح التقبل الايجابي غير المشروطة. على سبيل المثال، فإن جيلسو & فريتز (2001) على قناعة بأن هذا المفهوم غير مرغوب فيه، كما أنه لا يمكن تحقيقه أو الحصول عليه.

في حين يرى **مارتن** (1989) أن هذا المفهوم أُسئ فهمة. وفقاً لمارتن، فإن التقبل الايجابي غير المشروطة لا يعني أن المرشد النفسي يتصرف بشكل متساهل، يقبل كل سلوكيات المسترشد، ولكنه يعني أن المرشد النفسي يتقبل المسترشد، ويضع حدود لسلوكيات معينة (Rogers et al.,1967).

الانسجام: ينطوي الانسجام أو التجانس على أن يتصرف المرشد النفسي بأسلوب ينسجم مع الكيفية التي يفكر بها، ويشعر بها. هذه الحالة يشار إليها على أنها الشفافية. من أمثلة عدم التصرف بشكل انسجامي كان يقول المرشد النفسي: " أنا سعيد لرؤيتك "، عندما يصل المسترشد وفقاً لموعد سابق، على الرغم من أن المرشد النفسي لا يحب هذا المسترشد.

الاحترام: الاحترام يشبه التقبل الايجابي غير المشروطة في انه يركز على السمات الإيجابية للمسترشد. يمكن للمرشدين النفسيين توصيل الاحترام من خلال التلفظ بمقولات إيجابية عن المسترشد، والاعتراف بأمانه وانفتاحية بالفروق الفردية، وتقديرهم لهذه الفروق وتحملهم لها (okun,2002).

الفورية (التلقائية): طوّر كاركهوف (1969,1971) مفهوم الفورية، وهو مشابه لمفهوم التواصل التبادلي المباشر عند إيفي (1971). تنطوي الفورية على التواصل بين المرشد النفسي والمسترشد الذي يركز على المكان والزمان الانيين. فهذا المفهوم يسمح للمرشد النفسي بالتعرف إلى القضايا ذات الأهمية في العلاقة الإرشادية مباشرة. يمكن أن تنطوي الفورية على وصف المرشدين النفسيين لشعورهم في علاقتهم بالمسترشد في هنا والآن. على سبيل المثال، إذا لم يبدي المسترشد اهتماماً بالإرشاد النفسي، قد يقول المرشد النفسي " أن مهتم بأنك لا تجد لجلساتنا معنى. ما شعورك عما يحدث في العملية الإرشادية الآن؟"

المواجهة: الحالة الرئيسية للمواجهة تنطوي على توضيح المرشد النفسي للمتناقضات في ما يقوله المسترشد. فقد يكون هناك تناقض بين ما يقوله المسترشد وما يفعله (Gazda et al.,1979) بين الأقوال والسلوكيات غير اللفظية (Ivey,1999) وبين كيف يرى المسترشدون أنفسهم وكيف يراهم المرشدون النفسيون (Egan,2002).

المواجهة أو المجابهة أسلوب إرشادي صعب ومخطر، ويستخدمه المرشدون النفسيون المميزون بفعالية كبيرة (Berenson & Mitchell,1968). من الممكن أن يكون لها تأثير سلبي على العملية الإرشادية، على سبيل المثال، عندما يسئ المسترشد قراءة المواجهة ويشعر بأن المرشد النفسي يهاجمه أو يرفضه (Egan,2002).

الدقة: تشير الدقة إلى مساعدة المرشد النفسي للمسترشدون في مناقشة همومهم بمصطلحات معينة. ربما يشعر المسترشدون بأن مشكلاتهم تطوّقهم (تحاصرهم)، أنها حمل ثقيل، كما يجدون صعوبة في وضع الأمور في نصابها الصحيح، وعندما يحدث ذلك، فإن من الممكن أن تساعد الدقة المرشد النفسي على أن يجعل المسترشد يركز في العملية الإرشادية.

الانفتاح النفسي: طّور جورارد (1958) مفهوم الانفتاح النفسي، والذي يعني أن يكشف الإنسان أو يفصح عن نفسه للآخرين. بيز راجوزلي & بروك (1976) بينّا نوعين من الانفتاح النفسي: الانفتاح النفسي، والإشراك الذاتي. ففي الانفتاح النفسي، يكشف المرشدون النفسيون عن المعلومات الحقائقية عن أنفسهم. أما في الإشراك الذاتي، فإن المرشدين النفسيين يصفون ما يختبرونه في علاقة ذلك بالمسترشد في العملية الإرشادية.

هناك في العلم ما يدعم هذين النوعين من الانفتاح النفسي، حيث تؤيد بعض الدراسات صحة مقولات الانفتاح النفسي، بينما تعترف دراسات أخرى بقيمة مقولات الاشتراك الذاتي في العملية الإرشادية (Sexten & Whiston ,1994). بالإضافة إلى ذلك، وجد كولينز و ميلر (1994) في مراجعتهما للمعلومات المتعلقة بالافصاح الذاتي وما شابهه، أن الاشخاص المنفتحون والذين يبوحون بخصوصياتهم أكثر من غيرهم يكونون محبوبين أكثر).

تظهر الاتجاهات المعاصرة للبحوث في الانفتاح النفسي أنه عملية معقدة، عُرضة للتأثر بمتغيرات وسيطة مثل الجنس، الثقافة، (Collins & Miller ,19944 : Sexton & Whiston ,1994). على سبيل المثال، وجد مالينكرود و هيلمز (1986) أنه يُنظر إلى المرشدين النفسيين على أنهم أكثر جاذبية عندما يفصحون عن أن لديهم صعوبات لا يراها المسترشد. أما فيما يتعلق بالثقافة، فإن المسترشدون الأمريكان من أصل إفريقي يفضلون المرشدون النفسيين الذين يفصحون عن أنفسهم أكثر مما يجب القوقازيون البيض إفصاح المرشدين عن معلومات ترتبط بالجنس، المعلومات الشخصية، والمهنية، النجاح والفشل في الإرشاد النفسي (Cashwell et al .2003). كما وجدت دراسة أخرى أن المسترشدون الأمريكان من أصل آسيوي يفضلون الانفتاح النفسي الذي يدعم بناء الجلسة الإرشادية أكثر من المرتبط بالموافقة / والتطمين، الحقائق وقيمتها، والمشاعر (kim et al.2003).

البحوث عن الظروف الرئيسية: أجرى العديد من الباحثين دراسات لتقييم المقدمة المنطقية لروجرز (1957) أن الظروف الرئيسية كافية من اجل تغيير بناء الشخصية.

البحوث السابقة الأولى لكل من تروكس و كاركهوف (1967)، وتروكس و ميتشيل (1971) تؤيد نظرية روجرز، ولكن أثناء السبعينيات، بدا الباحثون يعلنون عن نتائج سلبية، ينتقدون الدراسات الأولى السابقة للقصور المنهجي أو الفشل في اختبار فعالية الظروف الرئيسية في مناهج تلك التي حددها روجرز (Garfield& bergin,1971 ,mintz,1971, Sloane et al .,1975) ومع ذلك، فإن كثير من البحوث المعاصرة قد صححت من الأخطاء المنهجية وأظهرت تأييداً لأهمية الظروف الرئيسية لتعزيز العلاقة الإرشادية، والنواتج الإيجابية في الإرشاد النفسي (Beutler et al .,1994 , sexton & whiston , 1994).

قام **جيلسو & فريتز** (2001) باستعراض المعلومات حول الظروف الرئيسية، وخلص إلى أن الظروف الرئيسية ليست – كما رأي روجرز – ضرورية وكافية، إلا أنها تيسر النتائج الإيجابية في الإرشاد النفسي. كما ترى البحوث الحديثة أيضاً أن العلاقة بين الظروف الرئيسية والعملية الإرشادية أكثر تعقيداً مما كان يُعتقد في الماضي. فيما يبدو أن الظروف الرئيسية ليست حالات يقدمها المرشدون النفسيون، ولكن مجموعة من المتغيرات (مثل التعاطف والاحترام) تعتمد على المرشد النفسي والمسترشد (Beutle et al.,1994). رفض روجرز و وود المدخل الاختزالي الذي يستخدمه المرشدون النفسيون التربويون فيما يتعلق بالظروف الرئيسية (الطرق التدريبية الدقيقة التي تسْوي انعكاس المشاعر بالتعاطف)؛ حيث يرى روجرز و وود أن الظروف الرئيسية لا يمكن تقسيمها إلى مكونات منفصلة كل على حدة، إلا أن بينهما علاقات متبادلة في تدفق الجلسة الإرشادية. قام ويكمان و كامبل (2003) بتحليل الكيفية التي طبّق بها روجرز الظروف الرئيسية في الجلسات الإرشادية وخلصا إلى أن الأسلوب الحواري لروجرز جعل الظروف الرئيسية بأسلوب ينسجم مع نظريته التي تتمركز حول المسترشد.

نموذج التأثير الاجتماعي: يؤكد نموذج التأثير الاجتماعي لسترونج أيضاً على أهمية الظروف التي يهيؤها المرشد النفسي في العملية الإرشادية. هذا النموذج له مرحلتان يمثلان دمجاً لعلم النفس الاجتماعي في النظرية الإرشادية. أثناء المرحلة الأولى، يحاول المرشد النفسي أن يراه المسترشد على انه خبير، وجذاب، ومحل ثقة. وعندما يحدث هذا، فإن المرشد النفسي يكون بذلك قد حقق قاعدة القوة. وفي المرحلة الثانية من نموذج سترونج، يستخدم المرشد النفسي قاعدة القوة لممارسة التأثير الإيجابي على المسترشد في العملية الإرشادية .

أجريت بحوث عديدة لاختبار هاتين المرحلتين من نموذج سترونج. فقد حاولت الدراسات التي قيمت المرحلة الاولى من النموذج تحديد العوامل التي تعزز رؤية المسترشد للمرشد النفسي على انه خبير، جذاب، ومحل ثقة . يميل المرشدون النفسيون إلى أن يراهم المسترشدون على انهم خبراء عندما تكون هناك أدلة واضحة وموضوعية تشير إلى أنهم قد حصلوا على التدريب الكافي، ويستفيدون من الادلالات المنمقة (angel & good year ,1984 , Littrell et al .,1987)، ويستخدمون سلوكيات متزنة، ومستجيبة، ومتكررة مثل اللمس، الابتسامة، وانحناءات الجسد. Roll et al ., 1985) , Strohmer & Biggs,1983, Tyson & wall , 1983)، ويستخدمون الحديث عن حالات مشابهة والاستجابات التعاطفية (suit & paradise, 1985)، يُنظر إلى المرشدين النفسيين على أنهم جذّابون عندما تكون هناك أدلة موضوعية على حصولهم على التدريب الكافي ,angel & paradise , 1984) paradise et al .,1986) ولديهم مكانة رفيعة في العمل (Mccarthy ,1982)، ولديهم انفتاح نفسي (Andersen & Andersen ,1985 : Curran & Loganbel , 1985) يظهر المرشدون النفسيون على أنهم محل ثقة عندما يستخدمون تراخيص معتمدة ودلائل على أنهم حسنو السمعة Bernstien &) Figioli ,1983 Littrell et al ,1987)، وتصرفات مستجيبة (hackman & caitorn ,1982) استخدام كلمات جذابة وسلوكات لفظية تشير إلى المحافظة على السرية (la fromboise & Dixon , 1983).

كما ذكرنا، تشير المرحلة الثانية من نموذج سترونج إلى أنه متى حقق المرشدالنفسي قاعدة القوة من خلال الظهور كخبير، جذاب، ومحل ثقة، يكون صاحب التأثير الإيجابي على المسترشدون. معظم الدراسات التي استعرضها هينر و كلابيورن (1989) تؤيد المرحلة الثانية من نموذج سترونج. على سبيل المثال، ترتبط الخبرة، الجاذبية، والموثوقية برضا المسترشد ,Heppner & Heesacker ,1983) Mcneill at al .,1987)، والتغيرات في مفهوم الذات لدى المسترشد (Dorn& Day ,1985)، والنتائج الإرشادية الحسنة (a crosse ,1980) وإنهاء الجلسات الإرشادية بنجاح (McNeill et al.1987).

الظروف التي يقدمها المرشد النفسي والمسترشد: أن مفهوم العمل التشاركي طريقة أخرى لوصف العلاقة الإرشادية، حيث يتخطى التركيز على الظروف التي يقدمها المرشد النفسي ليشمل الظروف التي يقدمها المرشد النفسي والمسترشد. ومن خلال استعراض ما كتب في هذا المجال، يتبين وجود العديد من النماذج التي تتحدث عن العمل التشاركي (Bordin , 1979 , Gelso,1985)، حيث لاقى نموذج بوردن النصيب الأكبر من الاهتمام (Kokotovic & Tracey , 1990) . يرى بوردن (1979) أن

العمل التشاركي يتألف من ثلاثة أجزاء: الاتفاق بين المرشد النفسي والمسترشد بلغة أهداف الإرشاد النفسي، الاتفاق بين المرشد والمسترشد على مهام الإرشاد النفسي ، الرابطة العاطفية بين المرشد النفسي والمسترشد.

تشير البحوث إلى النواتج الإيجابية في الإرشاد النفسي إذا ما تحقق العمل التشاركي في بداية الإرشاد (kivlighan,1990). تشير المعلومات والدراسات (Al-darmaki & kivihan,1993) إلى أن العمل التشاركي يعتمد على أربعة عوامل: الخصائص ما قبل الإرشادية للمسترشد مثل الدافعية والمهارات البينشخصية، والخصائص الشخصية للمرشد النفسي، ومهارات المرشد النفسي، والعلاقة بين مهارات المرشد النفسي ومصادره وموارده، وحاجات المسترشد. أما فيما يتعلق بالعامل الرابع (أهمية التناغم بين المرشد والمسترشد)، يرى جيلسو و فريتز (2001) أن قوة التشارك في العمل تعتمد على درجة الاتفاق المرتبطة بأهداف ومهام الإرشاد النفسي، ومستوى الارتباط العاطفي بين المرشد النفسي والمسترشد. يذكر لازاروس (1993) أن العلاقة الإرشادية ينبغي أن تتسم بأن يعمل المرشد النفسي مثل "الحرباء الحقيقية "، حيث يكيّف أسلوبه في العلاج النفسي مع الحاجات الفريدة المستجدة للمسترشد.

المرحلة الثانية: التقييم والتشخيص Assessment and Diagnosis

يسهم التقييم والتشخيص في الأوجه العديدة الهامة لعملية الإرشاد النفسي، حيث قد يساعدان المرشد النفسي على تحقيق فهم أعمق للمسترشد، وتحديد الاضطرابات النفسية التي تتطلب الانتباه. هذا الفهم يمكن أن ييسّر وضع الأهداف، كما يقترح أنواع استراتيجيات التدخل. يمكن تقسيم إجراءات التقييم إلى مقاييس معيارية وغير معيارية (Kottler & Brown,2000). تشتمل المقاييس المعيارية على الاختبارات النفسية، ويكون لها مجموعة معيارية، وتشتمل على استراتيجيات مثل المقابلة العيادية وتقييم تاريخ الحياة.

أما التشخيص، فهو مصطلح طبي يعني " تحديد الكائن المُمرض، المتسبب في المرض، والمسؤول عن الاعتلال الجسمي (Nathan& harris,1980 ,p.llo). يحدد روسينهان و سيليجمان (1995) أربعة أسباب للقيام بالتشخيص: تيسير مشكلات التواصل، توضيح الإستراتيجيات العلاجية الممكنة، التوصل إلى أسباب المرض، والمساعدة في البحث العلمي. من الممكن أن يجد القارئ معلومات أخرى عن التقويم والتشخيص في الفصل الرابع من هذا الكتاب.

المرحلة الثالثة: صياغة الأهداف الإرشادية Formulation of Counseling Goals

إن للأهداف ثلاثة وظائف في العملية الإرشادية (cormier&hackney,1993): دافعية، تعليمية، تقييمية. أولاً، من الممكن أن تكون للأهداف وظيفة دافعية، خصوصاً عندما يشترك المسترشد في تحقيق الأهداف. فالمسترشدون يعملون بجد في الأهداف التي ساعدوا في وضعها (Cormier & hackney,1993). أيضاً قد تكون لديهم دافعية أكثر عندما يعملون من أجل أهداف معينة، ودقيقة،

ومحددة، والتي تساعدهم على تركيز جهودهم في قضايا معينة. من المهم أن يشجع المرشدون النفسيون المسترشدون على عمل تعهد لفظي بالعمل على تحقيق الأهداف الإرشادية، حيث أن هذا التعهد يجعل المسترشدون لديهم دافعية أكثر للعمل (strong & cloiborn,1982) . أما الوظيفة الثانية للأهداف الإرشادية فهي تعليمية ؛ ومن هذا المنظور، يمكن أن يتعلم المسترشدون مهارات وسلوكيات جديدة يمكنهم استخدامها لتحسين أدائهم.

أما الوظيفة الثالثة للأهداف الإرشادية فهي تقييمية؛ حيث تعطي الأهداف الواضحة للمرشد النفسي والمسترشد الفرصة لتقييم التقدم. أيضاً يمكن أن تكون الأهداف مفيدة في تطبيق الإستراتيجيات البحثية، كما تعد وسيلة لقياس المسؤولية التربوية للمرشد النفسي. من الممكن أيضاً أن نعرّف الأهداف الإرشادية بأنها إما أهداف كعملية أو أهداف كنتيجة (Cormier & Hack-ney,1993) . أما الأهداف العملية، فتحقق الظروف الضرورية لجعل العملية الإرشادية فعالة. هذه الأهداف ترتبط بصياغة العلاقة الايجابية من خلال تعزيز الظروف الرئيسية، كما وصفناها سابقاً في هذا الفصل. أما الأهداف كنتيجة، فتحدد ما يتمناه المسترشد من الإرشاد النفسي. ينبغي أن يتفق المرشد النفسي والمسترشد على هذه الأهداف ويعدّلان هذه الأهداف متى كان ذلك ضرورياً . يحدد جورج و كريستياني (1995) خمسة أنواع من أهداف النتيجة: دعم تغيير السلوك، تقوية مهارات المواجهة، تعزيز اتخاذ القرار، تحسين العلاقات، ودعم قدرات المسترشد. وفيما يلي نقدم وصفاً تفصيلياً لهذه الأنواع:

1- **دعم تغيير السلوك**: هناك ضرورة لتغيير السلوك لكي يقوم المسترشدون بحل مشكلاتهم وما يسبب لهم القلق. أما مقدار التغيير الضروري فيتباين من مسترشد لآخر. على سبيل المثال، قد يحتاج أحد المسترشدون إلى الإرشاد النفسي ليتعلم كيف يتعامل بفعالية مع الطفل، بينما يحتاج مسترشد آخر الإرشاد النفسي لتغيير أسلوب حياتي ضاغط وغير صحي.

2- **تعزيز مهارات المواجهة**: حدد إريكسون (1968) العديد من المطالب النمائية وآليات المواجهة المرتبطة بها والخاصة بالمراحل العديدة للنمو؛ كما وضع بلوتشر (1974) بعد ذلك منهجاً إرشادياً تطورياً يحدد مهارات المواجهة الضرورية للتقدم خلال حياة الفرد. على سبيل المثال، المودة الالتزام مهام نمائية للشباب. وهناك سلوكيات مواجهة ضرورية لتحقيق هذه المطالب النمائية، وتشتمل على السلوك الجنسي المناسب، سلوك المغامرة، والسلوك المنسجم مع القيّم مثل العطاء والمساعدة. وبلغة اكثر عمومية، قد يحتاج العديد من المسترشدون إلى المساعدة في مواجهة الحياة. قد تكون لديهم مشكلات في التعامل مع الضغوط، والقلق، أو أسلوب الحياة. في هذه المواقف، قد يستفيد المسترشدون من برنامج إدارة الضغوط الذي يشتمل على الاسترخاء، التلطيف، التدريب.

3- **تعزيز اتخاذ القرارات**: بعض المسترشدون لديهم صعوبة في اتخاذ القرارات فقد يشعرون بأن جميع قراراتهم خطأ، كما قد يرون أنهم ربما يصلون لدرجة "الغباء". الصعوبة في اتخاذ القرارات رد فعل طبيعي لمواقف الحياة الضاغطة مثل حالة الطلاق الواقعة حديثاً. في هذه

المواقف، قد يسعى المرشد النفسي إلى طمأنة المسترشد بأنه لن يُجنّ جنونه أو يفقد عقله عند اتخاذ القرار إن مساعدة المسترشدون على أن يكونوا طبيعيين من الممكن أن يشجعهم على التخفيف من القلق غير المبرر. بالنسبة للمسترشدون الذين يحتاجون إلى مساعدة في تنمية مهارات اتخاذ القرار، ربما يكون للمرشد النفسي دوراً أكثر نشاطاً. قد يكون من المفيد إشراك أفراد الأسرة إذا كان المسترشد يعاني من اضطراب عقلي خطير، مثل متلازمة المخ العضوي.

4- **تحسين العلاقات**: افترض آدلر (1964) من قبل أن مقياس الصحة النفسية هو الاهتمام الاجتماعي. فقد أعتقد بأن الشخص الذي ليس له علاقة حميمة مع أي شخص آخر معرض للمشكلات العقلية كما ذكر جلاسر (1965) أن كل الناس يحتاجون إلى علاقات متبادلة، يشعرون فيها أن هناك من يحبهم ويفهمهم، يشعروا شعور الرعاية والاهتمام. من الممكن للمرشدين النفسيين استخدام العديد من الإستراتيجيات الإرشادية لمساعدة المسترشدون في تحسين علاقاتهم البينشخصية. تشتمل هذه الإستراتيجيات على برامج التدريب على المهارات الاجتماعية (Argyle,1981)، الإرشاد الجمعي الذي يركز على العلاقات مع الآخرين (Rogers,1970)، العلاج النفسي للأزواج (Sager,1976)، والعلاج النفسي الزواجي (Hum- phery,1983).

5- **تيسير قدرة المسترشد**: إن الأهداف في هذه الفئة مجردة، وترتبط بمفهومي الإدراك الذاتي، وتحقيق الذات والإدراك الذاتي يتضمن مساعدة المسترشدون لأن يصلوا إلى ما يريدون، حيث يصلون بقدراتهم الإبداعية إلى أقصى درجة، إن العقبات في طريق الإدراك الذاتي تحتاج إلى الانتباه من المرشد النفسي. على سبيل المثال، قد يصبح المسترشد محبطاً، ويريد أن يلوذ بالفرار مع أول علامة للفشل، في هذه الظروف، يمكن أن يساعد المرشد النفسي على اكتساب فهم حقيقي لما هو مطلوب حتى يكون المسترشد شخصاً ناجحاً. أما تحقيق الذات - وهو مفهوم طوّره أبرهام ماسلو (1968) - فيرتبط بقدرات الفرد؛ حيث يرى أنه متى تم إشباع حاجات الفرد، فإنه يسعى إلى التحقيق الذاتي. قام روجرز (1981) بدمج الادراك الذاتي وتحقيق الذات حيث أعتقد روجرز أنه إذا حقق المرشد النفسي ظروفاً معينة، مثل توصيل الدفء والتقبل غير المشروط، والتعاطف، يمكن حينئذ للمسترشد أن ينتقل في اتجاه تحقيق الذات، وأن يصبح شخصاً سليماً متكاملاً.

المرحلة الرابعة: التدخل وحل المشكلات Intervention and Problem Solving

متى قام المرشد النفسي والمسترشد بصياغة الأهداف الإرشادية، فإن من الممكن أن يحددا إستراتيجية التدخل التي سوف يتم تطبيقها. فقد يختارا من بين العديد من التدخلات، بما في ذلك الإرشاد الفردي، الإرشاد الجمعي، الإرشاد الزواجي، والإرشاد الأسري. من الأفضل البدء بالإرشاد الفردي للمسترشدون الذين لديهم مشكلات في الطبيعة الشخصية. كلما أصبح المسترشدون أكثر

أمناً، ربما كانوا أكثر قدرة على الاستفادة من الحوار المفتوح، وهذا ما يميز الإرشاد الجمعي. أما الإرشاد النفسي، الزواجي، أو الأسري، فيناسب المسترشدون الذين لديهم صعوبات في طبيعة العلاقات مع الآخرين، كما هو الحال في الصراع بين الزوجين، أو الصراع بين الوالد – الطفل.

إن إشراك المسترشدون في عملية اختيار إستراتيجيات التدخل له بعض الميزات. على سبيل المثال، ذكر ديفين و فيرنالد (1973) أن هذا المنهج يمكن أن يساعد المرشدين النفسيين على تجنب استخدام الإستراتيجيات التي جرّبها المسترشدون ولم يحققوا فيها أي نجاح، ومن الممكن أن يقوم المرشد النفسي والمسترشد معاً باختيار الإستراتيجية التي تبدو واقعية من حيث مناحي القوة ومناحي الضعف فيها. الخطوط الإرشادية التالية – وهي خطوط إرشادية مأخوذة عن كورمر وكورمر (1998) – تشجع على إشراك المسترشد في اختيار إستراتيجية التدخل المناسبة. ينبغي على المرشد النفسي أن يقدّم استعراضاً للاتجاهات العلاجية المختلفة المتاحة، ويصف دور المرشد النفسي والمسترشد في كل إجراء، ويحدد المخاطر والفوائد الممكنة التي ربما تنتج من استخدام هذا الاتجاه ويقدّر الوقت والتكلفة لكل إجراء. بالإضافة إلى ذلك، من المهم بالنسبة للمرشد النفسي أن يكون حساساً لخصائص المسترشد مثل القيم، المعتقدات، والقضايا متعددة الثقافات، عند اختيار إستراتيجية التدخل (Cormier & Hackney,1993) .

كما ينبغي أن يكون المرشدون النفسيون على وعي بمناحي القوة والضعف الشخصية لدى المسترشد في اختيار المنهج أو الإتجاه الإرشادي. على سبيل المثال، ينبغي على المرشد النفسي أن يحدد ما إذا كان لدى المسترشد الضبط الذاتي اللازم، أو قدرة المباشرة اللازمة للاستفادة من الإستراتيجية الإرشادية (Cormier & Hackney.1993) يشير نموذج سميث (2006) للإرشاد النفسي الذي يقوم على القدرة إلى أن غرس الأمل والتفاؤل شئ هام في العملية الإرشادية، ويعملان ضد الاضطراب النفسي. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للمرشدين النفسيين تعزيز القدرات من خلال تعزيز المرونة، التشجيع، والتمكين.

استراتيجيات حل المشكلات. أحد الطرق التي يمكن استخدامها لتعريف التدخل هي استراتيجية حل المشكلات، يرى ديكسون و جلوفر (1984) أن الإرشاد النفسي أو العلاج النفسي ما هو إلا عمليه حل للمشكلات، سواءً كان الإرشاد النفسي الفردي، أو الإرشاد النفسي الجمعي، أو الإرشاد النفسي الزواجي، أو الإرشاد النفسي الأسري. كما ذكر هذان الباحثان أنه نظراً لأن العملية الإرشادية ترتكز حول مساعدة المسترشد على حل المشكلات، فإن على المرشدين النفسيين تنمية منهج لحل المشكلات. كما يعتقد ديكسون وجلوفر أن على المرشدين النفسيين محاولة تعليم المسترشدون كيفية استخدام مهارات حل المشكلات في حياتهم اليومية لتمكين المسترشدون من تعلم المهارات التي تسهم في استقلاليتهم الشخصية.

من الممكن استخدام العديد من نماذج حل المشكلات في العملية الإرشادية (Heppner& kraus-kopf,1987 ,Kanfer & Busemoyer,1982) يشتمل نموذج كانفو بوزمير (1982) ذي المراحل ليست على الكشف عن المشكلة، تعريف المشكلة، تحديد الحلول البديلة، اتخاذ القرار، التنفيذ، والتأكد من

صحة الحلول. هذا النموذج يعتبر ذا وجهة سلوكية، ويحدد الحلول الممكنة المرتبطة بالمشكلة، ويتخذ قراراً بشأن الإجراءات بالنسبة للحلول البديلة المتعددة، ويطبّق القرار، ويثبت ما إذا كانت النتيجة تنسجم مع النتيجة المأمولة أو المتوقعة. كما حدد هيبنز و ورفاقه (2004) المتغيرات التالية المرتبطة بحل المشكلات ، وتكييفها:

- الإرشاد النفسي الفعال يرتبط بحل مشكلات المسترشد وتعزيز قدرات حل المشكلات (مثلاً: عدد البدائل المستخرجة في حل المشكلة مرتبط بالتكيف).
- الأفراد الفعالون في حل المشكلات يتصفون بالمرونة، والتكيف، والقدرة على إدارة الضغوط. كما يمكنهم تنمية استراتيجيات للوصول إلى الأهداف، وإشباع الحاجات.
- الأفراد غير الفعالين في حل المشكلات، لديهم صعوبة في حل المشكلات، ومجابهة الضغوط البيئية
- يرتبط تقييم حل المشكلة بقدرة المسترشد على التعامل مع سلسلة من تحديات الحياة.

هينر ورفاقه (2004) على قناعة من أن تقييم حل المشكلة يجعل المسترشد يستبعد بقدراته على حل المشكلة (هل يستطيع الفرد حل المشكلة). يرى بوتلر و ميتشينبوم (1981) أن تقييم مهارات حل المشكلة يؤثر في أداء ونواتج عملية حل المشكلة. تقدّم نظرية الكفاءة الذاتية (bandura,1986) دعماً لفكرة أن الإيمان بقدرة الفرد يرتبط بنتائج الأداء.

قام هينبز & بيترسن (1982) بإعداد قائمة حل المشكلات كوسيلة للكشف عن دور التقييم في حل المشكلات. وفي مراجعة لما يزيد عن 120 دراسة بحثت في تقييم حل المشكلات، والتغير الإنساني، خلص هينبز ورفاقه (2004) إلى أن قائمة حل المشكلات مفيدة في العديد من المجالات مثل الصحة النفسية والجسدية والتعامل مع الاجهاد والأمور التعليمية والمهنية. وقالوا أن حل المشكلات يستخدم في الممارسة العيادية لتقييم أساليب حل المشكلات، ووضع الأهداف المرتبطة بالقصور في حل المشكلات (بما في ذلك القضايا المرتبطة بالتقييم)، وتحديد التدخلات المناسبة لحل المشكلات الموازية لهذه الأهداف، على سبيل المثال، المسترشدون ذوو التقييم السلبي لحل المشكلات، والمحبطون، والمكتئبون يميلون إلى التقارير في الانتحار أكثر من المسترشدون المكتئبين لكن لديهم تقديرات إيجابية عن مهارات حل المشكلات لديهم.

كما يمكن استخدام استراتيجيات حل المشكلات مع نظريات الإرشاد. على سبيل المثال، طوّر نيستول (1995,1999) نموذجاً لحل المشكلات يتكون من أربع خطوات تقوم على نظريتي أدلر وجلاسر. يمكن استخدام هذا النموذج مع الأطفال، أو المراهقين، أو الكبار، ويبنى على آلية إشراك المسترشدون في الإرشاد النفسي للحد من مقاومة المسترشد. هذا النموذج مفيد بوجه خاص في مجال الإرشاد الموجز. نقدم فيما يلي استعراضاً لنموذج نيستول لحل المشكلات:

1- **الخطوة الأولى**: تقوم على نظرية جلاسر (Gasser,1989)، حيث تستكشف ما يقوم به المسترشد من سلوكات غير مقبولة، تحويل الفعل إلى اسم لمساعدة المسترشد على إدراك تحكمه فيما يفعل (مثلاً: يغضب / الغضب).

2- **الخطوة الثانية:** تقوم على نظرية ألدر (1969). وتنطوي على الكشف عن هدف أو الدوافع النفسية لسلوك المسترشد. هذه العملية تنطوي على سؤال المسترشد: "أنا متأكد أن غضبك (أو أي مشكلة أخرى) كان في صالحك، وحقق بعض الأهداف، وإلا لم يكن لك أن تغضب. أتساءل متى بدأ ..... متى حدث - حسب ما تذكر - استخدامك لهذا الغضب". ومن ثم يمكن للمرشد النفسي والمسترشد استرجاع بعض الذكريات السابقة من حيث الاحتياجات التي أشبعها المسترشد عندما وقع في التصرف الخاطئ. من الممكن استخدام القائمة الهرمية للاحتياجات عند ماسلو للمساعدة في تحديد الحاجات الممكنة التي يتم إشباعها. تُعد الخطوة الثانية أهم المراحل في مدخل حل المشكلات. وترجع أهميتها في إدراكها أن السلوك المشكل، مفيد، وإلا ما كان للمسترشد أن يقوم به ؛ وهذا يخالف العديد من الاتجاهات الأخرى التي تقول ببساطة شيئاً ما مثل " أنا أسمع إلى كثير من العبارات التي تبدأ بـ: ينبغي، لابد " في كلامك. وهذا يبدو غير نطقي وربما كان السبب في مشكلاتك "، من خلال إظهار الاحترام لنفسية المسترشد عند استخدامه لسلوكيات غير فعالة في حل المشكلات يمكن للمرشد النفسي أن يقلل من مقاومة المسترشد لعملية التغيير، ويزيد من الدافعية للتغيير.

3- **الخطوة الثالثة:** تنطوي على مساعدة المسترشد على إدراك النتيجة المترتبة عن عدم التغيير؛ وهي تقوم على نظرية التبادل الاجتماعي لهومانز (1962) (من علم النفس الإجتماعي)، والتي يرى أن الناس سوف يتغيرون عندما يدركون أن السلوك الذي سيكلفهم الكثير بدلاً من نفعهم. أثناء هذه الخطوة، يمكن للمرشد النفسي مساعدة المسترشدون على إدراك أن ما فعلوه لإشباع حاجاتهم أثناء الطفولة لا يفيد الآن في إشباع حاجاتهم وهم كبار.. هذا الإدراك قد يكون نقطة متناقضة في العلاج النفسي، حيث يُحّول دافعية المسترشد نحو الاشتراك المتزايد في عملية التغيير.

4- الخطوة الرابعة: فتنطوى على مساعدة المسترشد على تطوير منهج جديد لإشباع الحاجات التى تم تحديدها في الخطوة الثانية بدون النتائج المرتبطة بالخطوة الثالثة، و هذا قد ينطوى على مساعدة المسترشد على تعلم مهارات مجابهة جديدة و استراتيجيات أخرى ضرورية للنجاح في المنهج الجديد للمسترشد.

مثال لحالة: يمكن استخدام مثال موجز لحالة لتوضيح الخطوات الأربع في نموذج حل المشكلات لنيستول. توم طبيب يبلغ من العمر 45 عاماً، فقد و ظيفتين بسبب موجات الغضب أمام مشرفيه، و قد أنذرته خطيبته مؤخراً إما أن يتحكم في غضبه، و إما سوف تتركه و "تصبح ماضياً ". أثناء الخطوة الأولى من منهج حل المشكلات، يحدد توم، و المرشد النفسي الغضب كمشكلة في حاجة إلى مساعدة فيها. أحب توم تحويل الفعل "يغضب" إلى الاسم "غضب" لأن ذلك يعطيه الشعور بالتحكم في سلوكه المشكل.

أما **الخطوة الثانية**، فتنطوى على استكشاف الدوافع النفسية وراء استخدام هذا الغضب. فقد تذكر توم ذكريات سابقة عديدة ترتبط بأول مرة فيها الغضب، حيث كانت أولى هذه الذكريات أنه

انتقل إلى مدينة جديدة، و لم يكن له بها أصدقاء. و في أول يوم من المدرسة، دخل في شجار و كسر أنف أحد التلاميذ. سال دم التلميذ في كل مكان، و تجمع الناس حوله، وقالوا إنه " شخص فظ". بعد هذه المعركة، أراد كثير من التلاميذ أن يصبحوا أصدقاءه. الخبرة الأولى لتوم مع الغضب نتج عنها تعزيز لتقدير الذات لديه، وحاجته للانتماء.

الخطوة الثالثة تنطوي على مساعدة توم على أن يكون على وعى بتكلفة غضبه. و في هذه العملية، فإن توم، و المرشد النفسي يقومان بتحليل الفائدة و التكلفة (ما يحصل عليه من الغضب، مقابل التكلفة). اتضح – و بسرعة – أن غضبه كان في مصلحته، بل و أفاده عندما كان طفلاً للوفاء بحاجاته الأساسية لتقدير الذات و الانتماء، إلا أنه لم ينفعه عندما أصبح شاباً يافعاً. في الحقيقة، للغضب تأثير عكسي، حيث يدفع الناس بعيداً عن التفكير السليم، و يجعل الفرد يرى أنه غير ناضج و "طفولي" في سلوكه. إن إدراك التأثير المتناقض للغضب ساعد توم في زيادة دافعيته للتغلب على الغضب، و تنمية وسائل فعالة للحصول على حاجاته.

ثم قدّم المرشد النفسي (لتوم) تبصراً في سلوكه المشكل، حيث ذكر له أن ما يفيد الناس و هم أطفال، قد لا يفيدهم و هم كبار (الأدوات البدائية التى يستخدمها الأطفال مثل الغضب غير مقبولة في علاقات الكبار). و مع ذلك، يستمر الناس في استخدام هذه الأدوات البدائية لأن مجالهم الخاص (وهو لا شعورى بشكل أساسى) يخدعهم، و يجعلهم يفكرون بأن لابد من استخدام هذه الأدوات لإشباع حاجاتهم. من الواضح أن تزويد توم بهذه التبصرات ساعدة في جعل غضبه يأخذ شكلاً طبيعياً ، و يقلل من مقاومته للعمل على التغلب على هذه المشكلة.

أما **الخطوة الرابعة**، فتنطوى على مساعدة توم في تعلم منهج جديد لإشباع حاجاته بدون الثمن الذي يدفعه نتيجة لهذا الغضب. فقد كان توم غاضباً كرد فعل لمواقف الصراع وأراد أن يكون نشطاً. قرر هو والمرشد النفسي أن التشجيع سيكون منهجاً لتجنب الصراع والعمل خلال الصراع من منظور أكثر إيجابية. كما نظر أيضاً إلى التشجيع على أنه أداة ممتازة لإشباع الحاجات مثل تقدير الذات والانتماء، ثم بعد ذلك قضى توم والمرشد النفسي جلستين في مساعدته في تنمية وتطبيق هذا المدخل الجديد، حيث أطلقا عليه: التشجيع، لمساعدته في إدراك أنه يستطيع التحكم في هذا الجانب.

5- **الخطوة الخامسة** : النهاية والمتابعة: قد يكون الهدف النهائي في الإرشاد النفسي هو أن يصبح المرشد النفسي غير ضروري بالنسبة للمسترشد، أي يستغني المسترشد عن المرشد النفسي، وهذا يحدث عندما يعمل المسترشدون على حل مشكلاتهم، وتصبح لديهم القدرة على التقدم في حياتهم بدون مساعدة المرشد النفسي. وعند هذه النقطة، تنتهي العملية الإرشادية. من الأفضل أن يتفق المرشد النفسي والمسترشد على تاريخ لإنهاء العملية الإرشادية، وبالتالي يقللان من فرصه الإنهاء قبل الأوان والشعور بالتأرجح.

حددت البحوث أربع مكونات للإنهاء ترتبط بالنتائج الإيجابية في العملية الإرشادية (QUIN-TANA & HOLAN , 1992, P.299). هذه المكونات هي: المناقشة في نهاية الإرشاد، مراجعة المنهج الإرشادي، إنهاء العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد، ومناقشه خطط ما بعد الإرشادية المستقبلية للمسترشد. وبناءً على هذه المعلومات، يتضح أن على المرشدين النفسيين محاولة مخاطبة كل هذه المكونات لإعداد المسترشد لعملية الإنهاء بشكل مناسب (AMB,1985). في هذه العملية يمكن للمسترشدون استكشاف ما تعلموه في الإرشاد وتحديد كيف يطبقوا هذه المعرفة لتعزيز أدائهم النفسي، بالإضافة إلى ذلك، من الممكن أن يقوم المسترشدون والمرشدون النفسيون بتجهيز (تهيئة) مشاعرهم فيما يتعلق بالعلاقة الإرشادية والعمل في اتجاه الانهاء فيما يتعلق بالقضايا الانفعالية أو العاطفية. من الممكن أيضاً أن يقوم المرشدون النفسيون بترتيب جلسه إرشادية موجزة – جلسه متتابعة – (بعد الإنهاء بعدة أسابيع) ليروا كيف يتصرف المسترشد، وتقديم خدمات إرشادية أخرى إذا لزم الأمر.

6- المرحلة السادسة: البحوث والتقييم:من الممكن أن تحدث البحوث والتقييم في أي وقت أثناء العملية الإرشادية أو بعد انتهائها. بعض المناهج السلوكية تستفيد من البحوث عند التطبيق على المجموعات الصغيرة أو الحالات الفردية أو الحالة والتي تحتاج من المرشدين النفسيين تقييم الإرشاد النفسي في أي وقت يقومون فيه بتطبيق أي إستراتيجية للتدخل. هذه الإجراءات البحثية تنطوي على التفاعل وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والمسترشد. أما الإجراءات البحثية الأخرى، والتي ربما تشتمل على – وقد لا تشتمل على – تفاعل مباشر بين المرشدين النفسيين والمسترشدون، فهي البحوث التجريبية التي تنطوي على اختبار الفروض المنهجية البديلة مثل المنهج الإكتشافي. ربما يتم استخدام هذه الإجراءات قبل، أو بعد إنهاء المسترشد للجلسات الإرشادية. (أنظر الفصل الخامس لوصف مناهج البحث).إن البحوث والتقييم جزء مكمل للعملية الإرشادية حيث يسهمان في تعزيز المنحى العلمي للإرشاد النفسي من خلال تعزيز الفهم الموضوعي لما يحدث. كما يكن للمرشدين النفسيين استخدام البحوث والتقييم .

مهارات الاستماع LISTENING SKILLS

تلعب مهارات الاستماع دوراً حيوياً في كل جوانب الإرشاد النفسي تقريباً. فالاستماع إجراء يساعد المسترشد على أن يروي قصته، ويشعر بأن هناك شخص (المرشد النفسي) يرتبط به، ويفهمه، ويرعاه. فالاستماع عملية معقدة تنطوي على عدد من الإستراتيجيات، بعضها يشتمل على الانتباه إلى الرسائل اللفظية وغير اللفظية للمسترشدون، وتشجيع المسترشدون على التعبير عن أنفسهم بحرية، وتنمية فهم لخصائص المسترشد، والاستجابة بأسلوب مناسب.

يمكن أن تلعب مهارات الاستماع دوراً هاماً في كل مراحل العملية الإرشادية وتكمن أهمية الاستماع في تحقيق علاقة إرشادية إيجابية لأن المرشد النفسي يمكن أن يّوصل الرعاية والفهم من

خلال مهارات الاستماع. من الممكن استخدام مهارات الاستماع في التقويم، التشخيص، ووضع الأهداف حيث يحاول المرشد النفسي اكتساب الإطار المرجعي للمسترشد (رؤية مشكلات المسترشد من منظوره هو). كما أن هذه المهارات تعتبر تدخلات مفيدة حيث أن لها القوة العلاجية، وهذا يحدث عندما تصبح مشاعر وأفكار المسترشدون طبيعية وصادقة ، وقد ينتج ببساطة من حرية المشاعر في عملية التنفيس عن الهموم. كما أن الاستماع يمكن أن يكون أداة هامة للمرشدين النفسيين أثناء الإنهاء والمتابعة، والبحوث والتقييم لتحديد كيف يفهم المسترشدون أو يصيغون تقدمهم وفعالية العملية الإرشادية. يمكن تعريف مهارات الاستماع بلغة المهارات الأولية والثانوية. فمهارات الاستماع الأولية تركز على توليد الفهم لخصائص المسترشد وتشتمل على أسئلة ذات نهاية مفتوحة، وإعادة الصياغة بأسلوب الفرد الخاص، التأمل في المشاعر، الحد من المشجعات، علامات التوضيح، التلخيص، وفحص الإدراك. أما مهارات الاستماع الثانوية، فلا تفيد في فهم الخصائص الشخصية والدوافع النفسية إلا أنها قد تكون ميسرة (بلغة العملية الإرشادية) أثناء استخدام المرشد النفسي لمهارات الاستماع. تشتمل مهارات الاستماع الثانوية على تقليل حدة المشاعر وردود الأفعال عند المسترشد وهيكلة المشكلات والحلول والتحقق. نقدّم فيما يلي استعراضاً لمهارات الاستماع. مع وصف إرشادي موجز لتوضيح هذه المهارات:

مهارات الاستماع الأولية Primary Listening Skills

الأسئلة ذات النهاية المفتوحة: أسئلة مثل "عم تريد أن تتحدث؟" أو "كيف يؤثر ذلك عليك؟"، هذه الأسئلة يمكن الإجابة عنها بـ نعم /لا، ولكن شجع المسترشد على الإسهاب في الاستجابات.

إعادة الصياغة بلغة المسترشد الخاصة: وهذا مفيد بعدما يتحدث المسترشد عن مشكلة أو موقف ما. فإعادة الصياغة لا تجعل المرشد النفسي يوصّل أنه أستمع إلى المسترشد فقط وإنما وفهم ما قاله أيضاً. ينبغي أن تكون إعادة الصياغة بمصطلحات وكلمات يحبذها المسترشد.

غالباً ما تنطوي إعادة الصياغة على اخذ كلمة أو كلمتين رئيسيتين قالهما المسترشد، وإيجاد كلمات مشابهة لها. على سبيل المثال، إذا قال المسترشد "أستمتع بالجري مع صديقي بعد العمل" فإن إعادة الصياغة قد تكون "أنت تحب أن تعدو مع صديقك". في هذا المثال، وجد المرشد النفسي كلمات مشابهة لكل من يستمتع "تحب"، يجري "يعدو". هناك طريقة أخرى لإعادة الصياغة وهي تكرار رسالة المسترشد كليةً، باستخدام كلمات مختلفة بسيطة. على سبيل المثال، قد يقول المسترشد" أحب أن أعدو بعد يوم ضاغط لأن ذلك يساعدني على الاسترخاء. يمكن إعادة الصياغة على النحو الآتي: "العدو يخفف الضغط عني".

عكس المشاعر: وهذا ينطوي على أن يقوم المرشد النفسي بعمل عكس لما يظن بأن المسترشد يشعر به، وهذا يشير إلى أن المرشد النفسي يفهم كيف يشعر المسترشد. وأيضاً يتعاطف معه. على سبيل

المثال، إذا أخبرت المسترشدة المرشد النفسي كيف قام زوجها بسبها على الملأ، يمكن أن يستجيب المرشد النفسي بما يأتي: أكيد هذا جعلك تفقدين صوابك". مرة أخرى - كما في إعادة الصياغة - من المهم عكس مشاعر المسترشد بصياغة بسيطة بحيث يمكن للمسترشد تصويب المرشد النفسي إذا لزم الأمر.

من المهم أن يكون المرشد النفسي محدداً في محاولته للقيام بعرض مشاعر المسترشد التي وصلته. على سبيل المثال، كلمة مكتئب كلمة عامة، وقد لا توصّل فهماً دقيقاً وواضحاً لمشاعر المسترشد. لذا، فمن المفيد للمرشد النفسي أن ينمي ذخيرة واسعة من الكلمات ذات الصلة بالظروف الوجدانية المتعددة. قدّم آدلر & ناون (1996) قائمة شاملة بالكلمات التي تصور الوجدانيات المتعددة (أنظر جدول (10)).

- **التقليل من المشجعات**: هذا الأسلوب يسمح للمرشد النفسي بتكملة ما يقوله المسترشد بدون تغيير تدفق الأفكار لديه. يشتمل التقليل من المشجعات على كلمات التسليم بصحة الأشياء مثل: نعم، ياه، آه، ها .... ألخ.

علامات التوضيح: هذا الأسلوب يمكن استخدامه عندما يكون المرشد النفسي لم يسمع أو لا يفهم ما قاله المسترشد. على سبيل المثال، قد يقول المرشد النفسي "أنا لم أفهم ذلك" أو "ممكن تقول ذلك مرة أخرى".

فمن خلال استخدام عبارات التوضيح، يوصل المرشد النفسي أنه يريد أن يفهم ما يقوله المسترشد.

جدول (10) كلمات تصور المشاعر

خائف	محبط	مسرع	وقائي
غاضب	متقزز	مصاب	متحيّر
مندهش	منزعج	هيستيري	منتعش
متناقض	منتشي	متسرع	نادم
غاضب	منفعل	مكتئب	ساكن
منزعج	مبتهج	مكبوت	ممتعض
قلق	مرتبك	مضطرب	قلق
فاتر الشعور	خاو	مهتم	سخيف
خجلان	متحمس	مرعوب	رومانسي
خجول	مغتاظ	منفعل	حزين
متحيّر	مُثار	غيور	عاطفي
خادع	منهك	مبتهج	جنسي
قاس	خائف	كسول	متزعزع

ممل	متشبع	وحيد	مصدوم
شجاع	متعب	محب	خجول
هادئ	متملق	فاتر	حزين
مشاكس	أحمق	مجنون	قوي
مبتهج	بائس	بخيل	مقهور
مسرور	حر	تعيس	مندهش
مغرور	ودود	مشوّش	شكاك
بارد	محبط	بليد	حنون
مريح	مغتاظ	مُهمل	مشدود
مهم	سعيد	غاضب	مرعب
واثق	مكتئب	فاقد الاحساس	متعب
مرتبك	شاكر	متفائل	سجين
سعيد	سعيد	بارانويدي	حقير
شقي	مرهق	عاطفي	قلق
مهزوم	عاجز	مسالم	حساس
دفاعي	مرتفع	متشاءم	دافئ
مسرور	مفعم بالأمل	لعوب	ضعيف
مكتئب	مرعب	مسرور	رائع
مستقل	معادي	استحواذي	قلق
مخّرب	مذلول	مضغوط	

التلخيص: هذا يعني إعادة ذكر بعض أهم القضايا التي ذكرها المسترشد أثناء جلسة معينة، ومن الواضح أن هذا يساعد في تحديد مجالات الاهتمام لدى المسترشد. كما يمكن للتلخيص أيضاً أن يؤدي إلى "فحص الإدراك" وإلى تنمية إستراتيجيات حل المشكلات.

فحص الإدراك: هذا الأسلوب يساعد المرشد النفسي في تحديد ما يرغب المسترشد العمل فيه. وهو يتبع التلخيص، كما يتضح من المثال الآتي: "يبدو أنك قلق بشأن أداءك في المدرسة، وبشأن علاقتك مع زوجتك، وقلة ما معك من مال (عبارة التلخيص) أعرف أن كل هذا يقلقك، أتساءل هل يمكن أن تركز على موضوع واحد منهم، أم أن هناك شئ آخر لم تذكرة، وتريد الحديث عنه؟".

مهارات الاستماع الثانوية Secondary Listening Skills

التهدئة: تعمل التهدئة على مساعدة المسترشدون على فهم أن ما يقومون به هو رد فعل طبيعي للحياة (Nystul,1994). من الممكن للتهدئة أن تخفف من الضغوط والقلق غير اللازمين بحيث يمكن للمسترشدون تركيز قوتهم وطاقتهم على العلاج.

التطبيع: عكس التطبيع يُطلق عليه تضخيم السلوك في نظر المسترشد، والتي تنطوي على الإفراط في التشخيص أو الدخول في أنشطة أخرى مع المسترشدين تجعلهم يشعرون أنهم أكثر رضاً أو محبطين. ومن أمثله التطبيع أن تقول لامرأة ما مات عنها زوجها وحزينة جداً، من الطبيعي أن يكون لديك شعور حاد بالاكتئاب، وصعوبة في اتخاذ القرار بعد موت الحبيب.

الهيكلة: تنطوي الهيكلة على وصف دور وعمل المرشد النفسي والمسترشد، وتقديم صياغة منطقية لما يفعله المرشد النفسي في الإرشاد النفسي (Nystul,1994). وهذا يساعد المسترشد على فهم ما يجري في العملية الإرشادية، ويزيد من دافعيته، ويمكّنه من أخذ دور إيجابي في العملية الإرشادية. كما يمكن للهيكلة أيضاً مساعدة المسترشدون على تعلم كيف يكونوا هم المعالجون النفسيون لأنفسهم، حيث تتم مساعدتهم في فهم بعض ديناميكيات العملية الإرشادية.

التحقق: ينطوي التحقق على طلب معلومات معينة، مثل أسئلة ترتبط بالقياس الانتحاري. قد يكون استخدام الأسئلة السابرة ضرورياً أثناء استخدام مهارات الاستماع للحصول على معلومات معينة ضرورية لفهم المسترشد. من الأهمية التقليل من استخدام التحقق أثناء استخدام مهارات الاستماع لأنه قد يجبر المسترشد على الاستجابة ضمن الإطار المرجعي للمرشد النفسي.

الإرشاد النفسي المختصر Counseling Vignette

الصورة الموجزة التالية للإرشاد النفسي المختصر تقدم توضيحاً لكيفية استخدام مهارات الاستماع الأولية والثانوية.

المرشد النفسي: عماذا تريد أن تتحدث اليوم؟ (نهاية مفتوحة).

المسترشد: أبنتي جعلتني قلقاً.

المرشد النفسي: عن أي شئ؟ (نهاية مفتوحة).

المسترشد: هي تقابل شخصاً يكبرها بخمسة عشر عاماً.

المرشد النفسي: هذا شئ يجعل أي إنسان قلق (التهدئة).

المسترشد: أنا أحياناً أشعر بأنه حتى أكبر من أن يكون والداً لها.

المرشد النفسي: وهذا شئ يضايقك حقاً (انعكاس المشاعر).

المسترشد: نعم، هو كذلك.

المرشد النفسي: هل يمكن أن تخبرني أكثر عن شعورك نحو هذا الموضوع؟ (نهاية مفتوحة).

المسترشد: حقيقة لا أدري من أين أبدأ.

المرشد النفسي: يمكن أن تبدأ من حيث تخبرني بسن ابنتك. (التحقق).

المسترشد: عمرها 17 عاماً.

المرشد النفسي: ما شعورك نحو فتاه في السابعة عشر من عمرها تقابل رجلاً يبلغ من العمر أثنين وثلاثون عاماً. (نهاية مفتوحة).

المسترشد: أشعر بأنه يضحك عليها، وأن هناك شيئاً أخلاقياً في هذا الموضوع.

المرشد النفسي: أنت بالفعل قلق عليها (انعكاس مشاعر).

المسترشد: أنا لا أرغب في الموضوع برمته.

المرشد النفسي: الأشياء لا تأتي وفقاً لما ترغب (إعادة صياغة).

المسترشد إنه عالم مجنون.

المرشد النفسي: أنا لا أفهم ما تعنيه. ممكن تخبرني مرة أخرى؟ (توضيح).

المسترشد: أحياناً أشعر بأنها تبحث عن أب.

المرشد النفسي: تبحث عن شئ تفتقد إليه؟ (إعادة صياغة).

المسترشد: أتخيل بأنني اشعر بأنني غير كاف.

المرشد النفسي: آه – ها (مشجّع).

المسترشد: نعم، أنا لا شئ، صفر كبير.

المرشد النفسي: لديك بعض المشاعر السالبة عن نفسك. (انعكاس المشاعر).

المسترشد: ممكن أكتب كتاباً عن ذلك. أخبرتني زوجتي السابقة بأن عندي عقدة الدونية.

المرشد النفسي: يبدو حقيقة أنه مازال الأمر كذلك (إعادة صياغة).

المسترشد: أتخيل أن زوجتي ورطة كبيرة. من المفترض أن أتحدث عن مشكلة واحده في المرة.

المرشد النفسي: لا، في الإرشاد النفسي، نريد أن نعرف كل ما يجعلك مهموماً، خصوصاً في المراحل الأولى من الإرشاد (الهيكلة).

المسترشد: إذاً ماذا نفعل الآن؟

المرشد النفسي: حسناً، إلى الآن تعرفنا إلي بعض همومك بشأن أبنتك ورفيقها، وشعورك نحو نفسك (ملخص).

المسترشد: صحيح.

المرشد النفسي: هل هناك شئ آخر تريد أن تخبرني عنه، وينبغي عليّ أن أعرفه، أم أنك تريد أن تركز على موضوع فقط من هذه الموضوعات؟ (فحص الإدراك).

الاستماع الفعال " اللاءات...."Effective Listening "Don'ts

هذا الجزء يقدم بعض الخطوط الإرشادية المفيدة للاستماع الفعال. وقد قمنا بدمج معوقات الاستماع الفعال (Dinkmeyer & Mckay,1997) في قائمة الأشياء التالية التي يجب تجنبها:

تجنب إخضاع الموضوعات للقيم الأخلاقية، وإصدار الأحكام: إن فرض النظام الإعتقادي أو العقائدي لدى المرشد على المسترشد من الممكن أن ينتج عنه ردود أفعال دفاعية، وخبرة لا إنسانية، وأفعال لا أخلاقية.

تجنب التحليل قبل الأوان: ينطوي التحليل الحادث قبل الأوان على تحديد معنى قد لا تعنيه الرسالة، مثل القوى الدافعية المرتبطة بفعل معين. وهذا يمكن أن يحدث عندما يستخدم المرشد النفسي كلمة "لأن" في إعادة الصياغة التي يقوم بها. على سبيل المثال، إذا قال المسترشد "مهما أفعل، فلن يأتي شئ على مرادي". فالمرشد النفسي الذي ينخرط في تحليل حادث قبل الأوان قد يستجيب بما يلي: "قد لا يأتي شئ على مرادك لأنك تفتقد إلى الثقة في النفس".

عندما يستجيب المرشد النفسي بهذا الأسلوب، ربما يستجيب المسترشد إلى هذا الشعور القوي والقاسي لدى المرشد النفسي بما يلي: "هل لا يأتي شئ وفقاً لمرادي لأنني أفتقد إلى الثقة بالنفس؟". وهذا قد ينتج عنه إعادة توجيه خط التفكير لدى المسترشد. متى حصل المرشد النفسي على الفهم المناسب لدوافع المسترشد، فقد يجده مناسباً أن يحلل محتوى رسالة المسترشد ويعطيه تبصرات: (مثلاً: يقترح بأن نقص الثقة بالنفس قد تكون مشكلة بالنسبة للمسترشد).

تجنب "الترديد الببغائي": الترديد الببغائي يعني أن يردد المرشد النفسي ما قاله المسترشد تماماً، مجرد أن يغيّر فقط ترتيب الكلمات. وهذا يوصل ما سمعه المرشد النفسي ولكن قد لا يفهم (مثل الببغاء). على سبيل المثال، إذا قال المسترشد "أنا أحب العدو بعد العمل"، فإن استجابة المرشد النفسي والتي قد تكون مثل استجابة الببغاء، كالآتي "بعد العمل، أنت تحب العدو".

تجنب عبارات "التحايل": بعض المرشدين النفسيين يتعودون على استخدام عبارات " القيادة " مثل " هل سمعتك تقول....." في كل مرة يعيدون فيها صياغة ما قاله المسترشد. وهذا يمثل طريقة أو وسيلة احتيال على المسترشد.

الاستماع الفعال " افعل...... " Effective Listening "Do's"

قرر أن تكون في دور المستمع: الاستماع الفعال مهارة لابد أن يكتسبها المرشد النفسي، حيث إنها تنطوي على الاستفادة من مجموعة من المهارات: الانتباه للمسترشد، والتركيز عليه، تشجيع المسترشد على أن يعبر عن نفسه بحرية، محاولة تنمية فهم دوافع المسترشد، واستخدام أستجابه مناسبة.

حاول أن تشعر بالرسالة الداخلية للمسترشد: التواصل عملية معقدة، فمن الأهمية بمكان أن تتعلم الاستماع "بالأذن الثالثة". يحتاج المرشد النفسي إلى أن يتعلم الذهاب إلى أبعد من الكلمة المنطوقة ويحاول الاستماع إلى ما يُقال أو ما يريد المسترشد أن يوصّله إليه بالفعل.

كن على وعي بالتواصل غير اللفظي: نسبة كبيرة من التواصل تكون غير لفظية، وهذا التواصل غير اللفظي يمثل المؤشر الحقيقي على الظروف الوجدانية للمسترشد.

اسمح لنفسك بتصحيح الانطباعات: إن تمثيل المرشد النفسي لدور المستمع عملية لا نهائية، فهو مجهود مشترك يعمل فيه المرشد النفسي مع المسترشد حتى يكتسب في النهاية فهماً واضحاً عن موقف المسترشد.

كلمة أخيرة عن مهارات الاستماع A Final Thought Regarding Listening Skills

إن كون المرشد النفسي مستمعاً فعالاً فن يحتاج في تنميته إلى وقت. أحد الطرق لتعلم مهارات الاستماع هو الحصول على شريط فيديو ناقد لعمل الفرد من مرشد نفسي خبير. ومن المفيد أيضاً القيام بإرشاد نفسي مشترك مع مرشد نفسي ذي خبرة، والحصول على تغذية راجعة من هذا المرشد النفسي فيما يتعلق بطريقتك في الإرشاد النفسي.

إن تنمية مهارات الاستماع من الممكن أن تكون محبطة. ومع الوقت، ربما يشعر المرشد النفسي بأنه يتحول إلى شخص ضعيف في مهارات الاتصال. أثناء هذا الوقت، من الممكن أن يعتبر المرشد النفسي نفسه في مرحلة التدريب على أن يكون موصّل فعال، ومع الممارسة، فإن هذه المهارات الجديدة سوف تندمج في أسلوب الاستجابة الطبيعي لدى المرشد النفسي.

الاتجاهات الحديثة في العملية الإرشادية
RECENT TRENDS IN THE COUNSELING PROCESS

هذا الجزء يتحدث عن ثلاثة اتجاهات واضحة تمثل التحولات النموذجية في صياغة مفهوم العملية الإرشادية. وهي: الاتجاه الأول فيستكشف دور الوجدانيات في العملية الارشادية. أما المنهج المستقبلي، منهج الإرشاد الموجز، فيمثلان اتجاهين آخرين بارزين في الإرشاد النفسي، يبدو أن هذين الاتجاهين متكاملين في أنهما يعترفان بالدور الذي يمكن أن تلعبه الروايات والسرد القصصي في العملية الإرشادية. فيما يأتي استعراض لهذه الاتجاهات الثلاثة البارزة:

الوجدانيات Emotions

الإرشاد النفسي -إلى حد بعيد- عملية تركز على مساعدة المسترشدون عند مشاعر مثل: الخجل، الإحساس بالذنب، والغضب. لسوء الحظ، لم تلق الوجدانيات اهتماماً كبيراً في الإرشاد النفسي. من الناحية التاريخية ، فإن الوجدانيات كانت دائماً في المقعد الخلفي من حيث الأساسي المعرفي والمفاهيمي لمدارس الإرشاد النفسي الرئيسية. على سبيل المثال، يؤكد العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني على المعارف والسلوك أكثر من الوجدانيات. (يمكن تغيير الوجدانيات بالتركيز على تغيير المعارف والسلوك). ومع ذلك، تحوّل الاتجاه إلى الوجدانيات. على سبيل المثال، هناك أدلة تشير إلى أن بيك (1996) قد نشّط أهمية الوجدانيات في العلاج المعرفي.

كما قّدم ورور و جرينبرج (2000) استعراضاً لدور الوجدانيات في الإرشاد النفسي، حيث أشارا الى أن الوجدانيات لها دور تكيفي - بقائي، وتمكن الأفراد من إشباع الحاجات الأساسية، وتضفي المعنى الشخصي على الحياة. كما أنهما على قناعه من آن الوجدانيات التكيفية لابد من تنميتها

واستخدامها في الإرشاد النفسي لتسهيل حل المشكلات، وتعظيم التغيير الإيجابي. أيضاً، ينبغي مخاطبة الخلل الوظيفي في الوجدانيات لمساعدة المسترشد في التغلب على صعوبات التغيير. على سبيل المثال، قد يمر المسترشدون ببعض المشكلات في التجهيز الوجداني، مثل عدم القدرة على اعتبار ودمج الخبرات الوجدانية.

يصف جرينبرج و بايفو (1997) ثلاث مراحل مرتبطة باستخدام الوجدانيات في العملية الإرشادية. المرحلة الأولى هي مرحلة الإرتباط، والتي تنطوي على التصديق الوجداني لتمكين المسترشدون من تقييم وجدانياتهم. أما الرحلة الثانية، فهي مرحلة الاستدعاء، والتي تنطوي على تنشيط التعبيرات الوجدانية المرتبطة بقضايا الإرشاد النفسي. هذه المرحلة تستكشف وتميز بين التعبيرات الوجدانية، مثل العلاقة بين الوجدانيات الأساسية، والحاجات الأساسية، والأفكار الأساسية. أما المرحلة الثالثة، فهي مرحلة إعادة البناء، وتنطوي على العمل خلال الوجدانيات المختلفة وظيفياً، والمدركات الذاتية الخطأ، وخلق وجدانيات تكيفية ومفهوم ذات إيجابي. على سبيل المثال، الشخص الذي تعرض للإساءة الجنسية قد تكون لدية مشكلات في مشاعر الخزي أو العار، وأفكار انخفاض قيمة الذات. إعادة البناء يمكن أن ينطوي على مساعدة المسترشد في العمل من خلال أفكار الخزي أو العار بتحرير الغضب المعقّد، وإعادة بناء مدركات الذات إلى " أنا لي قيمة بغض النظر عما يفعله الآخرون ".

يمثل الاتزان الانفعالي (Nystal,2002a ,2006b) نظرية تفسر الوجدانيات تقوم على أعمال مينوتشين (1974). يمكن استخدام هذه النظرية في الإرشاد النفسي كطريقة لمساعدة الذات على تكوين " خارطة طريق " لوجدانيات الفرد، ولتيسير الاتزان الانفعالي في العلاقات مع الآخرين. يعّرف الاتزان الانفعالي الوجدانيات على أنها تتكون من متصل الوجداني على أحد طرفيه، والاتزان الانفعالي في المنتصف، والانغماس العاطفي على الطرف الآخر من المتصل.

يتسم التحرر الوجداني بمستويات عليا من الاستقلالية. فهو يمثل موضع وجداني متطرف، حيث لم يعد الفرد يحاول فيه الإبقاء على أي شكل من أشكال العلاقات مع شخص آخر. ومن أمثلة التحرر الوجداني الوالد الذي يتبرأ من ابنه المراهق نظراً لمشاكساته المتكررة. وعلى الجانب الآخر، فإن الانغماس العاطفي يتسم بالحدود أو الروابط المسهبة، وعدم وجود الفردية بين الناس. فهي تمثل تطرف وجداني، عن طريق تداخل الوجدانيات مع قدرة الفرد على الارتباط الفعال مع الآخرين، ويحدث الانغماس العاطفي عندما تضعف مشاعر الوالد على الاختيار والمسؤولية أثناء التأديب. على سبيل المثال، عندما يحاول الأب تأديب أبنته على تأخرها خارج المنزل لوقت متأخر، وتدخينها وقيادتها للسيارة بدون رخصة، فإنه يفقد أعصابه، يصرخ في ابنته، ويمنعها من الخروج، يحبسها لمدة ستة أشهر. إن هذه الحيرة الوجدانية لدى الوالد تسمح للفتاه أن تحّول تركيزها من أن تكون مسؤولة عن تصرفاتها واختياراتها السيئة (التأخر والتدخين وقيادة السيارة) ، وتركز على مدى غباء والدها وجنونه، واعتقادها بأن تصرفه ليس له ما يبرره.

يتسم الاتزان الانفعالي بالحدود أو الروابط الواضحة، الاستقلالية، المودة، ودرجة متوسطة من الترابط بين الناس. يمثل الاتزان الانفعالي حالة انفعالية صحية من خلالها يستطيع الفرد الحفاظ على درجة من الارتباط أو التواصل الوجداني مع الآخرين بأسلوب يزيد من الأداء النفسي إلى أقصى درجة ممكنة. ومن أمثلة الاتزان الانفعالي: والد يبقى على تواصل مستمر مبالغ به مقابل استخدام الإنذار مع المراهق المثير للمشاكل من قبل والد آخر. وفيما يلي نعرض للخطوط الإرشادية لتعزيز الاتزان الانفعالي:

- الإبقاء على الاتزان الانفعالي عند مستويات مختلفة من القوة الوجدانية باستخدام استراتيجيات تواصل مناسبة مثل رسائل " أنا " مقابل رسائل "أنت" .
- اعتبار القضايا النظامية لتحديد معّوقات الاتزان الانفعالي (مثلاً: عندما يصبح أحد الوالدين منغمس عاطفياً، ربما يصبح الوالد الآخر متحرر وجدانياً).
- استخدام الظروف الإرشادية الرئيسية: التعاطف، الاحترام، الدقة، الانفتاح النفسي التي طوّرها روجرز (1961) وآخرون لتعزيز العلاقات الصحية والوظيفية، والاتزان الانفعالي.
- تنمية خطة للسلوك من خلال استخدام منحنى (متصل) الوجدانيات لتحديد مكانه الفرد العاطفي، وأين يجب أن يتجه فيه، وكيف يصل إلى هناك.

إن تعزيز دور الوجدانيات في الإرشاد النفسي واعد جداً. ونحن في حاجة إلى مزيد من البحوث والتنمية لدمج نظريات الوجدانيات في العملية الإرشادية.

الاتجاهات المستقبلية Postmodern Trends

كما أوضحنا في الفصل الأول، فإن الاتجاهات المستقبلية اتجاه بارز في الإرشاد النفسي، ربما يشّمل تحّول نموذجي في صياغة مفاهيم العملية الإرشادية. يميز بيتر & كوري (1996) الاتجاه المعاصر عن المستقبلي بطرق مختلفة لرؤية الواقع. يعتقد المنظرون المعاصرون بالواقع الموضوعي المستقل عن الملاحظ أو المشاهد، بينما المنظرون المستقبليون على قناعة بأن هناك واقعية شخصية تتباين سياقياً في علاقتها بالملاحظ. إن مكانه النظرية المعاصرة تشبه النظرية السلوكية والتي تركز على السلوك الواضح الذي يمكن قياسه، مثل الاعتراف بحالة الاكتئاب عندما يكون لدى الفرد مشكلات في النوم والشهية، عندما يفقد الاهتمام بالأشياء التي كانت ممتعة، وهكذا. أما المنظرون المستقبليون، فإن نظرياتهم تتوازى مع النظريات الخبراتية، وهم على قناعة بأن الناس يشعرون بالاكتئاب عندما يمرون بخبرة الاكتئاب الذي يُعرف ضمن سياق القوى الثقافية – الاجتماعية مثل اللغة والروايات التي يرويها ويستخدمها الفرد باطنياً.

البنائية والبنائية الاجتماعية منظوران نفسيان انبثقا من النظرية المستقبلية. فالبنائية ترتبط بشكل أساسي بالمناهج السلوكية المعرفية (Neimeyer & Mahoney,1995)، أما البنائية الاجتماعية، فقد أصبحت بُعداً هاماً من أبعاد الإرشاد الأسري و الزواجي (Anderson & Goolishian,2002).

يُقارن جوترمان (1996a) بين البنائية والبنائية الاجتماعية، حيث ذكر أن المنظّرين في البنائية على قناعة بأن المعرفة تقوم على المعارف الشخصية للفرد، بينما البنائية الاجتماعية تشير إلى أن الواقع يتم بناءه نتيجة الاتصال بين الناس.

الاتجاهات النظرية للمنظرين في الاتجاهات المعاصرة، والتي تتعلق بالبنائية والبنائية الاجتماعية بينهما تشابه أكثر من الاختلاف، حيث أن كلاهما يتعلقان بقضايا ذات صلة بالنظرية المعرفية " نظرية المعرفة، أو كيف نعرف ما نفكر فيه، وما نعتقد أننا نفكر فيه " (durrant,1995 ,p.3). هذه النظريات – فيما يبدو – تقترح أن الخبرة الإنسانية عملية فردية بشكل كبير، تقوم على تفاعلات المعرفة، والقوى الثقافية – الاجتماعية، واللغة، والروايات. لذا، فإن مفهومي المعرفة "الحقيقة"، موضوعيان ويولدان إمكانية تعدد الحقائق التي يمكن أن ينتج عنها فهم أفضل للواقع من منظور الدوافع والسلوك أيضاً، يؤكد المنظرون فيما بعد المعاصرة على الدور الذي تلعبه الروايات والسرد القصصي في الأداء النفسي. وفقاً لهذه النظرية، فإن الناس يقومون دائماً بتكوين القصص عن حياتهم، أي يخلقون "حياة قصصية" (Bitter & Corey ,1996).

إذاً، عملية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي تستكشف قصص الحياة للحصول على تبصرات (استبصارات) في الكيفية التي يقوم بها المسترشد بتوليد المعنى الشخصي. ومن ثم، يمكن للمرشدين النفسيين – إذا كان هناك ضرورة لذلك – مساعدة المسترشدون على الانخراط في الإصلاح الروائي، وإعادة تأليف قصص الحياة لمساعدة المسترشدون على خلق فرص للمواجهة الفعالة وتوليد معنى جديد للحياة. أما الأهداف الأخرى للإرشاد النفسي، فتشتمل على مساعدة المسترشدون على صياغة مناهج تتمركز حول الحل لحل المشكلات وتعزيز الوعي بتأثيرات الثقافة المهيمنة على حياة الإنسان (Bitter & Corey ,1996).

حدد **بيتر و كوري** (1996)، كارلسين (1995) أساليب ترتبط بنظريات الإرشاد المستقبلي. نقدم وفيما يلي هذه الأساليب:

الاستماع بعقل متفتح: تتسم العلاقة الإرشادية بالمساواة. يتجنب المرشدون النفسيون الأفكار التي تتصف بالإدراك القبلي، أو أن يكونوا في موقع إصدار الأحكام. يحاول المرشد النفسي أن يساعد المسترشدون من خلال نقل التفاؤل والتشجيع، واحترام وتقدير قصص المسترشد. هذه العملية تشبه البحوث النوعية، حيث يبحث المرشد النفسي والمسترشد معاً محاولين اكتشاف المعاني التي تعكسها القصص والروايات. ومن أمثلة الاستماع بعقل منفتح: استخدام مهارات الاستماع للحصول على الفهم لدوافع سلوك المسترشد. في هذه العملية، يمكن للمرشد النفسي أن ينقل للمسترشد أنه لا يقوم بإصدار أحكام، وبالتالي يشجع المسترشد على أن يسرد قصته من منظوره هو.

الأسئلة المؤثرة: يشرك المرشد النفسي المسترشد في حوارات أو محادثات تساعد المسترشدون على معرفة الأسئلة التي يمكن أن تؤثر في التغيير الإيجابي. تميل هذه الأسئلة إلى أن تكون دورية (من واحد إلى واحد) أو علائقية (بينت الأفراد) كما تظهر في المفهوم المنظومة الدائرية للأسباب

(مثلاً: استكشاف العلاقات المتبادلة بين مشكلات الماضي والحاضر). ومن أمثلة الأسئلة المؤثرة، أن يسأل المرشد النفسي المسترشد: " صف حالتك وأنت لا تعاني من هذه المشكلة ". هذا النوع من الأسئلة يمكن أن يؤثر إيجابياً، حيث يجعل المسترشد يركز على ما يفيده مقابل ما لا يفيده، لذا يستبدل دورة الهزيمة بدورة الأمل.

التفكيك والتجسيد: يمكن استخدام التجسيد لمساعدة المسترشدون على تفكيك المشكلات المرتبطة بقصص حياتهم بطريقتين: يمكن للمرشدين النفسيين مساعدة المسترشدون على اكتساب استبصارات قيّمة وفض المقاومة يجعلهم ينأون بأنفسهم عن المشكلات المرتبطة بقصص حياتهم. في حال لعب المسترشد دور المشاهد الخارجي، قد يكون أكثر إنفتاحاً للإنخراط في علاقة عكسية بغيضة مع مشكلاتهم (التفكيك)، وتنمية طرق جديدة لحل المشكلة (إعادة البناء). هناك أسلوب تفكيكي آخر للمشكلات يشبه الأسلوب الذي يستخدمه المنادون بالمساواة بين الجنسين، حيث ينطوي على تناول قصص غير متفق عليها يتم دراستها علمياً لتقديم الأدلة التي تدحض (تهدم) موقف الثقافة السائدة. ومن أمثلة التجسيد سؤال مسترشد يُسمى (وسام) " كيف يؤثر ذلك على (وسام)؟". هذه العملية يمكن أن تقلل من المقاومة من خلال تقديم صوت غير مباشر لوسام للتعبير عن همومه. أساليب التجسيد مثل هذا الأسلوب تيسر أيضاً تفكيك القصة، فقد يشعر (وسام) بالحرية في أن ينتقد قصته من خلال شخص اخر هو يلعب دوره.

القصص البديلة، إعادة التأليف، والإصلاح الروائي: يتم تشجيع المسترشدون على إعادة كتابة قصص حياتهم، كتابة قصص بديلة تنسجم مع أهدافهم وطموحاتهم. أما إعادة التأليف والإصلاح الروائي، فمن الممكن أن تظهر بطرق عديدة، مثل أن يبدأ المسترشدون في التركيز على الحلول وليست المشكلات. إن القصص البديلة، إعادة التأليف أو إعادة الكتابة، والإصلاح الروائي تعني نفس المعنى (حيث تساعد المسترشدون في تنمية قصص حياة أكثر تقبلاً وأكثر نجاحاً، وذات معنى، على سبيل المثال، قد تكون قصة المسترشد، قصة حزن، وخسارة، ويأس نتيجة لموت أحد أفراد الأسرة. ومع الوقت، يمكن أن يتعلم المسترشد الاندماج والمشاركة في الإصلاح الروائي، ويعيد تأليف قصة بديلة تعكس الهدف والأمل في الحياة. الملحوظة الشخصية التالية تصف أسلوب "كولومبو" كطريقة لمساعدة المسترشدون في عملية الإصلاح الروائي وإعادة التأليف.

ملحوظة شخصية

لقد وجدت أن النظريات البنائية المستقبلية، والبنائية الاجتماعية شيقة جداً. هذه النظريات تقدم فرصاً مثيرة لتنمية الأساليب الإرشادية الإبداعية. أيضاً أسلوب "كولومبو" واستخدام المجازات في الإرشاد النفسي مثالان على الأساليب التي وجدتها مفيدة. أنا طوّرت أسلوب كوسيلة لمساعدة المسترشدون على المشاركة في الإصلاح الروائي، أو التأليف المشترك لقصص أكثر معنى. ينطوي هذا الأسلوب على أن يعمل المرشد النفسي مثل المحقق التليفزيوني كولومبو الذي فيما يبدو نسى فكرة معينة ، أو يحتاج إلى مساعدة من مشتبه به لتوضيح نقطة تسبب له حيرة، في هذه العملية، يمكن أن يقوم المرشد النفسي بأشياء مثل أن يقف في منتصف الجملة، ويجعل المسترشد يكملها، مثل: " أنت

حقيقة تحاول أن...... "، ربما يستجيب المسترشد بالقول: آخر لـ"أضع أفعالي معاً "، وعندما يفعل ذلك، فإنه يصبح مسؤولاً عن إعادة تأليف قصته بأسلوب أكثر إيجابية. هناك أسلوب "كولومبو"، ويتمثل في أن يقول المرشد النفسي للمسترشد: " أنا فهمت أنك على قناعة بأنك والد فظيع، أنا متحير كيف يكون الوالد فظيع، وهو يرعى الأبناء مالياً ووجدانياً. هل يمكنك أن توضح لي هذه المسألة أكثر؟". عندما يقدم الوالد تفسيره، فإن ذلك سيساعدة على بناء معارفه التي تعزز الروايات الحقيقية، الصحية. المجازات أسلوب إرشادي آخر حظي باهتمام كبير. أنا وجدت أن المجازات مفيدة خصوصاً عند العمل مع الأطفال والمراهقين. تنطوي المجازات على استخدام التشبيه، والمقارنات الضمنية، للتمثيل الرمزي للفكرة أو المفهوم من أمثلة المجازات التي استخدمتها حديثاً مع بعض تلاميذي في التربية الخاصة: " ركوب الموجه " ففي هذا المجاز، أنا أقترح بأن الحياة مثل النهر. جعلت التلاميذ يتخيلون النهر – الذي رأوه في حياتهم – مثلاً عندما ذهب كلاً منهم إلى صيد الأسماك. جعلت التلميذ يتذكر شكل النهر، والأشياء التي تعوم في البحر (مثل: أوراق الشجر وغيرها). وأسأل التلميذ هل للورقة موتور تحركه تحت النهر، ويجيب التلميذ "لا". أقول له " أنت على حق الأوراق لا تحتاج إلى محركات لتعوم في النهر، فهي تستخدم تيار النهر لتركب الموجه ". ثم أقول للطلاب: أنتم أيضاً يمكنكم أن تركبوا الموجة عندما تستمعون إلى المعلم، وتتبعون التعليمات، وتقومون بعمل الواجب، ويتعامل بعضكم مع الآخر. الطلاب الذين لا يتبعون القواعد سوف يرون أن مشكلاتهم ضخمة، وأن الحياة تسير عكس التيار. واجعل الطلاب يتخيلون كيف يكون السير عكس التيار.... عكس موجة الحياة.

استخدام المجازات: المجاز عبارة عن صورة بلاغية للحديث تشير إلى أن فكرة ما تشبه فكرة أخرى أو مفهوم آخر. من الممكن أن تكون المجازات من إخراج المسترشد، شخص يقول عن زواجه بأنه مثل " مركب راشح ". يذكر ويكمان ورفاقه (1999) أن على المرشد النفسي، أن يكون على وعي بالمجازات التي يستخدمها المسترشدون أثناء الإرشاد النفسي على سبيل المثال " المركب الراشح " يمكن أن يخبر المرشد النفسي بأن المسترشد لا يعنيه ما يتم في الإرشاد الزواجي، حيث أن هناك مشكلات أخرى سوف تظهر. أما المجازات التي يخرجها المرشد النفسي، فمن الممكن استخدامها لمساعدة المسترشد في النظر إلى مشكلاته من منظور مختلف – على سبيل المثال، في الملحوظة الشخصية السابقة، استخدمت المجاز: "يركب الموجه" لمساعدة الطلاب على فهم أن التعاون مع المعلم من الممكن أن يكون مثل السير في اتجاه تيار النهر.

كما أن المجازات مفيدة خصوصاً في التغلب على المقاومة، لأنها تقدم وسيلة غير مباشرة لاستكشاف القضايا المؤلمة وتحديد الوسائل البديلة للتغلب على المشكلات. ومن هذا المنظور، قد لا يكون المسترشدون على وعي بالرسائل التي تنقلها المجازات حيث أن لها طريقة للسقوط إلى ما وراء الوعي فتؤثر فينا بطرق ربما لا نعرفها أو نفهمها (carlsen,1995, p.131).

التقييم والاتجاهات المستقبلية: تعتبر الاتجاهات المستقبلية، ونظريات مثل البنائية، والبنائية الاجتماعية واعدة من حيث صياغة مفاهيم العملية الإرشادية. فهذه النظريات والاتجاهات توجد فرصاً للتعرف على الدور الذي تلعبه الحالة النفسية التي في الرواية، وقضايا التنوع، مثل اللغة

والثقافة – في الإرشاد النفسي. من الممكن أن يقدم الاتجاه المستقبلي بُعداً آخر لارتقاء الإرشاد متعدد الثقافات. يحدد سيكستون و ويستون (1994) بعض الموضوعات التي تتعلق بالاتجاهات المستقبلية مثل البنائية الاجتماعية فمثلاً هما لاحظا البنائية الاجتماعية تبدو على أنها نظرية لا ترتبط بأي منهجية بحثية. كما اقترح سيكستون & ويستون (1994) أيضاً أن البنائية الاجتماعية قد لا تكون شيئاً أكثر من "دعوة للإطار المرجعي الاجتماعي الذي تتصب فيها كل الأشياء"(P.69). هناك حاجة لبحوث أخرى لتقييم النظريات المستقبلية وتحديد إلى أي مدى هذه النظريات يمكن دمجها بنجاح في النظرية الإرشادية، وفي البحوث، والممارسة الإرشادية أيضاً.

مناهج الإرشاد الموجز (المختصر) Brief- Counseling Approaches

تزايدت أهمية وشعبية مداخل الإرشاد الموجز، وأصبحت تميز الاتجاه المستقبلي الإرشاد النفسي للمستقبل. حدد كوس & شيانج (1994) بعض العوامل التي أسهمت في شعبية مناهج الإرشاد الموجز، والتي يمكن تلخيصها كما يلي:

1- يسعى الناس في طلب الإرشاد النفسي للمساعدة في مشكلات معينة، ومن ثم تكون لديهم الرغبة للخضوع لجلسات إرشادية لحل هذه المشكلات. متوسط عدد الجلسات (بغض النظر عن التوجه النظري، أو كون الإرشاد موجز أو غير موجز) من ست إلى ثماني جلسات، ويتم مشاهدة نجاح ما نسبته 75% من الذين يخضعون للإرشاد أثناء الجلسات الست الأولى.

2- أوضحت البحوث أن الإرشاد الموجز له معدلات فعاليه تشبه المناهج التقليدية للإرشاد النفسي، خصوصاً عند التعامل مع أنواع معينة من المسترشدون الذين يعانون من أنواع معينة من الاضطرابات. الإرشاد الموجز فعال -على وجه الخصوص- بالنسبة للمسترشدون الذين لديهم الإطار المرجعي الجيد، ولديهم دافعية مرتفعة، ويعانون من مشكلات بسيطة، مثل الاكتئاب البسيط، أو ردود فعل حادة للضغوط، مثل المرور ببعض الكوارث الطبيعية.

3- لقد ظهرت شعبية الإرشاد النفسي الموجز كاستجابة للرعاية المضبوطة وتأكيدها على الإرشاد النفسي المتمركز حو الحل، والإرشاد النفسي ذي الوقت المحدود - يُنظر إلى الإرشاد الموجز إلى أنه فعال وبديل للطرق التقليدية للإرشاد .يمكن تتبع أصول نماذج الإرشاد الموجز من خلال ما قدمه ميلتون إيريكسون (1954A)، وهو أحد الرواد في هذا المجال. فقد كان إيريكسون نابغة في استخدام الأساليب المتناقضة والتنويم المغناطيسي (جلسة واحده) لتوليد الحلول لمشكلات المسترشد. كما أسهم عدد من الأفراد في هذه الحركة، من بينهم هيلي (1984)، العلاج الموجز المتمركز حول الحل لشازر (1984,1991)، أوهانالون و وينر - ديفيز (1989)، ومشروع العلاج الموجز في معهد البحوث العقلية (Fisch et al.,1982). تم تكييف أشكال الإرشاد الموجز لمعظم مدارس الإرشاد التقليدية الرئيسية (koss & Shiang ,1994, Steenbarger,1992).

حدد ليتريل وماليا وفيندروود (1995) ثلاثة افتراضات رئيسية ترتبط بالاتجاه الموجز (المختصر) للإرشاد النفسي. أولها أن المشكلة التي يعرضها المسترشد في الإرشاد النفسي هي المشكلة

الحقيقية. على الرغم من أن المشكلة يمكن أن ترتبط ببعض القضايا الخفية العميقة، إلا أنه يتم استخدام طرق بسيطة ومباشرة متى كان ذلك ضرورياً. الافتراض الثاني هو أن المسترشد قادر على حل مشكلاته. المرشدون النفسيون في حاجة إلى مساعدة المسترشدون على أن يكونوا على وعي بمناحي القدرة لديهم، وكيف يمكنهم استخدام قدراتهم بفعالية، الافتراض الثالث يتمثل في أن التغيير ليس في حاجة إلى أن يكون كبيراً ليحدث الفارق، فقد تكون الخطوات الصغيرة نحو التغيير الضرورية هي لكسر حاجز دورات الهزيمة الذاتية، وتسهم في حل المشكلة.

حدد دورانت (1995) عدداً من الافتراضات الأخرى المرتبطة بإتجاه الإرشاد الموجز، يمكن إجمالها فيما يأتي:

1- كل المشكلات لها أمثلة من الاستثناءات، مثل شخص لديه مشكلة في المرتفعات ولكن في احد المناسبات كان قادراً على تخطي علاقة ماضية مع الأصدقاء.

2- يمكن إعادة تأطير (تأصيل) المشكلات بلغة التركيز حول الحل.

3- إذ لم تتجزأ المشكلة فلا تركبها. افعل ما يفيد وابتعد عن فعل ما لا يفيد.

4- ليس من المهم أن تعرف المشكلة، ولكن ما شكل الأشياء عندما تُحل المشكلة.

هذه الافتراضات مجتمعة تشير إلى أن الإرشاد الموجز يستفيد من أو يستخدم اتجاه القدرات الذي يساعد المسترشدون على حل مشكلاتهم بأسرع ما يمكنهم، وبشكل مباشر.

الإرشاد النفسي الموجز الذي يتمركز حول الحل Brief-Solution-Focused Counseling

إن الإرشاد النفسي الموجز المتمركز حول الحل، والذي نقدمه في هذا الكتاب له أربعة مراحل، ويقوم في الأساس على نماذج الإرشاد الموجز التي وضعها دورانت (1955)، كوس و شيانج (1994)، وتومسون (1996) بالإضافة إلى بعض الأساليب والإجراءات المرتبطة بالنظريات المستقبلية للإرشاد النفسي.

المرحلة الأولى: تأسيس العلاقة وتعريف المشكلة: يدخل المرشد النفسي والمسترشد في علاقة تشاركية، حيث يقدّم المرشد النفسي التشجيع والأمل ويحاول اكتساب الفهم للدوافع النفسية في حياة المسترشد. ويتم تشجيع المسترشدون على العمل كمرشدين مشاركين، وتتم مساعدهم في أخذ دور نشط في العملية الإرشادية ابتداءً من التقييم مروراً بالتدخل، والمتابعة.

يتم تعريف المشكلة بلغة مباشرة، وبسيطة بدون ألفاظ وعبارات نفسية معقدة. يقوم المرشدون النفسيون -متى كان ذلك ممكناً- بجعل مشكلات المسترشدون طبيعية، ويوصلون الحالة الجيدة " عكس أستخدام الأسباب النفسية التي تسبب "المرض". كما يتم توصيل توقع التغيير والفعل الإيجابي لتعزيز التنبؤ بالفعالية الذاتية الإيجابية. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يتم ممارسة الإرشاد الموجز ضمن

إطار عمل ذي زمن محدود - وهذا يتطلب من المرشد النفسي والمسترشد تحديد -سريعاً- عدد الجلسات المطلوبة لحل المشكلات.

المرحلة الثانية: التقييم وصياغة أهداف العلاج: إن التقييم السريع والمبكر ضروري في الإرشاد الموجز (فمن الخطأ أن يوصف للأفراد ذوي المشكلات الحادة مثل اضطرابات الشخصية، إساءة استخدام المواد، والأمراض النفسية)، كما يمكن استخدامه أيضاً للحصول على فهم شامل عن المسترشدون وطبيعة مشكلاتهم. يمكن من خلاله توجيه إجراءات تقييم إلى عوامل نفسية ذاتية (داخل الفرد نفسه)، بالإضافة إلى عوامل بيئية (خارج النفس)، يميل التقييم إلى التركيز على هنا والآن، ويتجنب استكشاف أحداث الحياة السابقة. هناك مظهر آخر رئيسي للتقييم في الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل وهو تقييم القدرات والموارد، وكيف يمكن للمسترشد استخدام هذه المصادر لحل المشكلات.

من الممكن استخدام إجراءات القياس التقليدية المعيارية مع إجراءات القياس الخاصة بالإرشاد الموجز المتمركز حول الحل. احد طرق القياس المستخدمة في الإرشاد الموجز أسلوب القياس المتدرج. هذا الأسلوب ينطوي على أن يقوم المسترشد بتقدير مشكلاته على مقياس من صفر إلى 10، حيث تمثل 10 حل المشكلة. أسئلة المقياس المستخدمة تؤكد على التغيير، استثناءات المشكلة، والطموحات المستقبلية، على سبيل المثال، يمكن أن يسأل المرشد النفسي: " أنت حصلت الآن على 3 في إدارة الغضب، عندما تكون أكثر من 3، كيف يكون حالك، ماذا كنت تفعل في ذلك الوقت، وكيف كانت الأشياء مختلفة؟ "

يتم صياغة أهداف الإرشاد، بحيث تكون دقيقة، ويمكن ملاحظتها، ويمكن قياسها. هذه الأهداف تسمح بالتقييم المستمر للعملية الإرشادية وتحقيق نقطة النهاية. لابد أن تكون الأهداف مرنة، وتتداخل بفعالية مع استراتيجيات التدخل. حدد تومسون (1996,p19) الأسئلة الرئيسية التالية ذات الصلة بأهداف الإرشاد:

1- ما هي أول علامة على أن الأمور تسير في الاتجاه الصحيح؟

2- من أول من يلاحظ ذلك؟

3- هل هناك أشياء أو أجزاء صغيرة تحدث بالفعل؟

4- ماذا عليك أن تفعل لتجعلها تحدث أكثر وأكثر؟

5- ما الذي تفعله بشكل مختلف عندما لا تكون لديك هذه المشكلة؟

يمكن استخدام "السؤال عن المعجزة" لدى شاذر (1991) لصياغة الأهداف الإرشادية. ينطوي السؤال المعجزة على سؤال المسترشد أن يتخيل حدوث معجزة أثناء نومه، وأدت إلى حل مشكلته.

ما الذي يتغير في حياة المسترشد، وكيف يعرف أن المعجزة حدثت؟

المرحلة الثالثة: تصميم وتنفيذ التدخلات: يتم تصميم التدخلات لتعطيل نماذج السلوك المشكل والحد منها من خلال تقديم طرق بديلة من ردود الفعل تجاه المشكلة. بعض أشكال التغيير (لا يهم إذا

كانت صغيرة) هي مكونات أساسية في استراتيجيات التدخل. كما أن التركيز على القدرات والمصادر مفهوم رئيسي آخر مرتبط بالتدخلات المستخدمة في الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل. ومن خلال استخدام هذا المفهوم، يساعد المرشدون النفسيون المسترشدون على اكتشاف ما يفيدهم وكيف يستخدمون قدراتهم في التغلب على المشكلات.

الاستراتيجيات الأربعة التي تُستخدم بشكل شائع أثناء مرحلة التدخل هي: إعادة (التأطير) البناء المعرفي، الاستغلال، التشجيع، والإصلاح الروائي. إعادة التأطير عملية معرفية تنطوي على مساعدة المسترشد في " تأطير " مشكلاته بتعريف ما هو صواب في الموقف مقابل ما هو خطأ. أما الاستغلال ينطوي على مساعدة المسترشدون على إيجاد حلول ضمن مشكلاتهم يمكن إنشاء الحلول من خلال المواقف التي لا تظهر فيها المشكلة (مثلاً: الأوقات التي لا يكون فيها المسترشد خائفاً من المرتفعات)، أو من خلال إيجاد طرق بديلة لحل المشكلة. أما التشجيع، فيساعد المسترشدون على الإيمان بأنفسهم، ومن ثم يُنمون فعالية الذات، "أستطيع أن أفعل". يساعد التشجيع في التغلب على الشكوك الذاتية، زيادة احتمال التغيير الإيجابي. أما الإصلاح الروائي، فينطوي على مساعدة المسترشدون على إعادة تأليف قصصهم ليحصلوا على منظور قوي إيجابي، بدلاً من منظور مرضي انهزامي.

إن الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل يعتمد نمطاً هو: المهمة – الإجراء- النتيجة، ومن خلاله يدرك المرشدون النفسيون والمسترشدون أدوارهم كفاعلين ، وليس كمتحدثين. يُعطى المسترشدون الفرص لتعلم الإستراتيجيات المتمركزة حول الحل، ويتم تشجيعهم على تطبيق الإستراتيجيات على مشكلاتهم بين الجلسات. يتم عمل تعديلات – إذا لزم الأمر ذلك – في بداية كل جلسة لضمان أن المسترشدون يمكنهم إحداث تقدم نحو التغيير الإيجابي بشكل ملحوظ.

يقترح **لويس & اوسبورن** (2004) أنه يمكن استخدام المقابلة التي تركز على الدوافع مع الإرشاد النفسي المتمركز حول الحل لتيسير عملية التغيير. لقد تم تصميم المقابلة المعتمدة على الدافعية لدى المسترشد لغرس الأمل، وزيادة الدافعية الداخلية، وتعزيز فعالية الذات، والتقليل من مقاومة التغيير، كما أن استخدام التعاطف يعتبر سمة رئيسية في منهج المقابلة الدافعية. هناك أسلوبان للمقابلة الدافعية، وهما: "الحديث عن التغيير"، والتمايل مع المقاومة". أما الحديث عن التغيير، فينطوي على تشجيع المسترشدون على تبنى مقولات ذات دافعية ذاتية ترتبط بالتغيير. في حين أن التمايل مع المقاومة يتجنب الاستجابة غير المرغوبة للمقاومة. هذا الأسلوب يعترف بأنه ليست كل المقاومة سلبية، وقد تكون الاستجابة الذاتية الوقائية للمسترشد لتجنب التغيير غير المرغوب فيه.

المرحلة الرابعة: الإنهاء، المتابعة، والتقييم: متى تم حل مشكلات المسترشدون بشكل مُرضي، فإن بإمكانهم إنهاء الإرشاد الرسمي. كما أن الإرشاد الموجز الذي يتمركز حول الحل يشجع المسترشدون على أن يكونوا هم مرشدي أنفسهم، ويطبقوا مهارات حل المشكلات لديهم على مشكلات جديدة قد

تظهر. يشير علم الإرشاد النفسي إلى أنه يمكن استخدام الاجراءات البحثية لتقييم فعالية الخبرة الإرشادية. أثناء العملية الإرشادية، يمكن إعطاء المسترشدون الفرص لأخذ دور نشط في العملية البحثية، وبهذه الطريقة فإن هؤلاء المسترشدون يمكن أن يعملوا كمشاركين في البحث مع المرشدين النفسيين في رحلة مستمرة من الاكتشاف. ينبغي تشجيع المسترشدون على الاستمرار في أخذ الدور النشط في التقييم الذاتي بعد انتهاء الجلسات الارشادية مثل المراقبة الذاتية، والانعكاس الذاتي.

البحوث في الإرشاد النفسي الموجز: يقدّم كوس و شيانج (1994) استعراضاً شاملاً البحوث التي أجريت في مجال الإرشاد الموجز. يمكن تلخيص نتائج هذه البحوث فيما يأتي: منهج الإرشاد الموجز تُطبّق بنجاح على الإرشاد الفردي، والجمعي، والزواجي، والأسري. تشير الجهود البحثية الأولى إلى أن الإرشاد الموجز كان يناسب فقط المشكلات الأقل حدّة مثل ردود الفعل تجاه التكيّف. أما البحوث المعاصرة، فتشير إلى أن الإرشاد الموجز يمكن أن يُستخدم بنجاح مع مدى واسع من المشكلات، بما في ذلك المشكلات الحادة والمزمنة، إذا كانت أهداف العلاج منطقية، بعض المشكلات التي أستطاع الإرشاد الموجز علاجها بنجاح الاكتئاب (Dobson,1989)، اضطرابات الهلع (Beck et al. ,1992)، واضطرابات ضغوط ما بعد الإصابة (Foa et al .,1991) .

لقد أجريت البحوث أيضاً لتحديد خصائص المسترشد التي تتناسب مع الإرشاد الموجز. يشير التي أجراها كوس وشيانج (1994) إلى أن الأفراد الذين يستفيدون -فيما يبدو- من الإرشاد الموجز أعظم استفادة، هم أولئك الذين بدأت مشكلاتهم حادة بشكل مفاجئ، وأولئك الذين كان تكيفهم جيد سابقاً، والذين كانت تربطهم بالآخرين روابط جيدة، والذين كانت لديهم دافعية عالية عندما دخلوا في الإرشاد النفسي. تشير البحوث إلى أن الإرشاد الموجز قد يكون خطأ مع الأفراد الذين تختلف خصائصهم الشخصية عن الخصائص المذكورة أعلاه، ومع بعض أنواع الاضطرابات النفسية مثل الإساءة للنفس بتعاطي مواد معينة تضر بالشخص نفسه، الأمراض النفسية، واضطرابات الشخصية (koss & shaing,1994). نحن في حاجه إلى بحوث أخرى لتكسب فهماً أكثر وضوحاً عن كيفية دمج الإرشاد الموجز بفعالية مع العديد من نظريات الإرشاد وأساليبه التقليدية وغير التقليدية في العملية الإرشادية.

المشكلات الشائعة للمرشدين النفسيين المبتدئين

COMMON PROBLEMS FOR BEGINNING COUNSELORS

يميل المرشدون النفسيون المبتدئون إلى تجربة مشكلات متشابهة في الإرشاد النفسي. هذه المشكلات يمكن أن تظهر كمعوقات للعملية الإرشادية. هذا الجزء يناقش 15 معوقاً يمكن أن تعوق جميعاً الفعالية الإرشادية، ويشتمل على مقترحات للتغلب على كل مشكلة من هذه المشكلات.

التركيز على القضية الأولى في الجلسة.

يميل بعض المرشدين النفسيين المبتدئين إلى التركيز على المشكلة الأولى التي يعرضها المسترشد في الجلسة الإرشادية، على الرغم من أن المسترشد قد لا يريد العمل في هذه المشكلة، أو قد لا تكون لدية القدرة على العمل في هذه المشكلة. ثم يقضي المرشد النفسي بقية الجلسة يحاول مساعدة المسترشد على حل هذه المشكلة. من الممكن أن يتغلب المرشدون النفسيون على هذه العقبة من خلال الحصول أولاً على استعراض لهموم المسترشد، واختيار الهدف الإرشادي مع المسترشد.

التغافل عن القضايا الجسمية والطبية.

قد يفترض المرشدون النفسيون المبتدئون – عندما يسعى أحد المسترشدون في طلب خدماتهم للإرشاد النفسي، إن الإرشاد النفسي هو كل ما يحتاج إليه المسترشد (Nystul, 1981). على سبيل المثال، قد يسعى المسترشد في طلب الإرشاد النفسي ليتعلم إدارة الضغوط ليساعده ذلك في التخفيف من حدة الصرع. وفي هذه الحالة، من الأهمية بالنسبة للمرشد النفسي أن يتأكد من أن المسترشد قد قام بفحوصات جسمية مؤخراً. وهذا سوف يساعد في معرفة الأسباب العضوية للصرع مثل ورم المخ. إساءة استخدام المواد قد تكون مشكلة طبية أخرى قد يتغافل عنها المرشدون النفسيون، حيث ربما يفترضون أن المسترشد لا يعاني منها طالما أنه لم يطرحها في الجلسة الإرشادية. يمكن أن يتجنب المرشدون النفسيون هذه المشكلة من خلال الحصول على تاريخ استخدام الكحول و المخدّر عند جمعهم لمعلومات أخرى هامة.

الرغبة في إنقاذ المسترشدون من تعاستهم

بعض المرشدين النفسيين المبتدئين لديهم فكرة ساذجة بأن الإرشاد النفسي عملية تجعل المسترشدون يشعرون بأنهم أكثر سعادة. صحيح أن الهدف الرئيسي للإرشاد النفسي يمكن أن يكون إدراك الذات، والهدوء الداخلي. ومع ذلك، فإن الطريق لهذا الهدف ليس مفروشاً بالورود، ولكنه مليء بالمنحنيات، والمرتفعات، والارتفاع والانخفاض الوجداني.

فالإرشاد النفسي عملية تحتاج من المسترشد المخاطرة، وأن تكون لديه الشجاعة لمواجهة القضايا الصعبة. على سبيل المثال، قد يحتاج المسترشد إلى أن يكون على وعي بالقصور الشخصي، أو الأساليب الانهزامية الذاتية في السلوك، هذا قد يشعر المسترشد بعدم الراحة، أو التعاسة، وربما ينتج عنه صراخ المسترشد. قد يستنتج المرشد النفسي خطأ أنه طالما المسترشد قد صرخ، فمن المؤكد أنه قد ارتكب شيئاً خطأ. وعندما يحدث ذلك، فإن على المرشد النفسي أن يعتبر أن مساعدة المسترشد في الوصول إلى مشاعره الداخلية جزء هام من العملية الإرشادية. هناك طرق عديدة قد يستخدمها المرشد النفسي لإنقاذ المسترشد. فيما يأتي نعرض لثلاثة أمثلة شائعة.

- إعادة طمأنة المسترشد: عندما يشعر المسترشدون بسوء موقفهم، فإن هذا قد يغري المرشد النفسي، ويقول للمسترشد: "لا تقلق، كل شئ سيكون على ما يرام". ومع ذلك، من الأهمية بالنسبة للمرشد النفسي والمسترشد أن يكون لديهما وجهة نظر واقعية عن العملية الإرشادية،

فإذا لم يقم المسترشد بعمل التغيرات اللازمة، فإن الأشياء قد لا تكون على ما يرام. في الحقيقة، ربما يصبح موقف المسترشد أكثر سوءً.

- تقديم النصيحة بشكل مستمر: عندما لا يشعر المسترشدون بالراحة من هذا الموقف، قد يحاول المرشد النفسي إنقاذ المسترشد بتقديم النصيحة. في الإرشاد النفسي، عادةً ما يكون تقديم النصيحة غير منتج، ويمكن أن يعزز الاعتمادية، كما يمكن أن يكون حلاً مصطنعاً لمشكلة معقدة.
- إنقاذ المسترشدون من الوجدانيات الحادة: لا يميل بعض المرشدين النفسيين المبتدئين إلى السماح للمسترشدون بالمرور بتجريب الوجدانيات الحادة. عندما يعبّر المسترشد عن وجدانيات حادة مثل الغضب أو الحزن، فإن المرشد النفسي ربما يرغب في تهدئته، أو يجعله يفكر في شئ آخر. هذا النوع من الإنقاذ يمنع المسترشدون من التواصل مع، والعمل خلال مشاعرهم.

امتلاك الميل نحو الكمال

قد يكون لدى بعض المرشدين النفسيين المبتدئين ميولاً كمالية. فقد يخافون من الوقوع في أخطاء، أو يظهروا بشكل سيئ. هذه الميول قد تتسبب في العديد من المشكلات، بما في ذلك تردد المرشد النفسي في استكشاف فكرة جديدة أو أسلوب جديد خوفاً من عدم تعلمه أو عدم استخدامه بشكل صحيح، ويتجنب الإشراف لأنه يعتقد أن طلب المساعدة ربما يعكس عدم كفايته، وتردده في إحالة المسترشد لأنه يعتقد أن الإحالة قد توحي بأنه لا يستطيع التعامل مع الموقف. الملحوظة الشخصية التالية تقدم بعض المقترحات لمساعدة المرشدين النفسيين المبتدئين في التغلب على الميول الكمالية.

ملحوظة شخصية

لقد وجدتّ طرقاً عديدة لمساعدة المرشدين النفسيين في التغلب على الميول الكمالية. أولاً، ينبغي على المرشدين النفسيين تجنب وجهات النظر الصحيحة مقابل الخطأ عن العملية الإرشادية. فالإرشاد كنموذج فني يحافظ على وجهة نظر واقعية برجماتية عن الإرشاد النفسي. وهذا النموذج الفني يعتقد أنه متى حقق المسترشد تقدماً، ينبغي على المرشد النفسي والمسترشد الاستمرار في استخدام هذا المنهج الإرشادي. وعندما لا يحقق المسترشد أي تقدم، ينبغي على المرشد النفسي و المسترشد القيام بعمل التعديلات اللازمة للعملية الإرشادية. لقد حددت ظاهرة " القرد على ظهرك " كطريقة أخرى لمساعدة المرشدين النفسيين الطلاب في التغلب على الميول الكمالية. أنا أوضح للطالب أن البرنامج التدريبي للمرشد النفسي مثل أن يكون على ظهر أحدهم "قرداً". فالقرد ربما يطلب من الطلاب القيام بأشياء مختلفة عما اعتادوا فعله. على سبيل المثال، قد تكون التعليمات استخدام الأسئلة المفتوحة وليست الأسئلة المغلقة أثناء الاستماع النشط.

عندما يقترح "القرد" أن الطلاب يتوقفون للقيام بطرق مختلفة من الاستجابة، فإنهم قد يشعرون بأن "القرد" يتدخل مع عفويتهم. لو كان تركيزهم على نظرة الدكتور لهم على أنهم عفويون فإن هذا قد يمنعهم من تجريب سلوكيات جديدة. لسوء الحظ، فإن هؤلاء الطلاب لن يتعلموا كثيراً من البرنامج

الإرشادي. أنا أخبر الطلاب بأن الشعور بأن "القرد" يتداخل مع عفويتهم علامة جيدة. فهي توحي بأنهم يجّربون مهارات جديدة وهم في الطريق الصحيح لأن يكونوا مرشدين نفسيين فعاليين. ومع الوقت، سوف تندمج المهارات الجديدة مع طريقتهم العادية في العمل مع المسترشدون، وسوف تعود إليهم عفويتهم.

امتلاك توقعات غير واقعية

بعض المرشدين النفسيين المبتدئين لديهم توقعات غير واقعية عن مسترشديهم. لذا، فإنهم قد يُصابوا بالإحباط عندما لا يحقق المسترشد تقدماً ثابتاً. وعندما يخفق المسترشد، وينتكص إلى الأنماط السلوكية السالبة القديمة، فإنهم يشعرون بأنهم قد فشلوا مع المسترشد. ومع الوقت، ربما يسقط المرشد النفسي هذه المشاعر السالبة على المسترشد (Nystul,1979 B) ، يشير نموذج الإرشاد كفن إلى أن المرشدين النفسيين ينموّن مجموعة متوازنة من التوقعات، تدمج بين التفاؤل والواقعية. تنطوي هذه التوقعات على الاعتقاد بأن المسترشدون يمكنهم التحسن، وإدراك أن التغيير يحتاج إلى وقت.

تركيز الاهتمام على أساليب الإرشاد الحديثة أكثر من مشكلات المسترشد نفسها

بعض المرشدين النفسيين يميلون إلى الابتعاد عن مشاكل المسترشدون بعد تعلم أسلوب جديد، تصبح لديهم رغبة في استخدام هذا الأسلوب الجديد مع كل المسترشدون (Nystul,1981)، على سبيل المثال، بعد حضور برنامج تدريبي مكثّف عن التنويم المغناطيسي، ربما يعتقد المرشد النفسي أن كل مسترشد يستفيد من التنويم المغناطيسي. هذا الحماس ربما يستمر لفترة من الزمن حتى يعرف المرشد النفسي أسلوبا جديداً وينبهر به، من المهم بالنسبة للمرشد النفسي أن ينبهر، ويتحمس لتنمية التعليم. وفي الوقت نفسه ينبغي على المرشدين النفسيين أن يحصروا هذه الطاقات في اتجاه إيجابي ولا يقوموا بفرض اهتماماتهم الحالية على المسترشد فرضاً.

ضياع المرشد في العملية الإرشادية

غالباً ما يشعر المسترشدون بأنهم مكبلون بالقضايا عندما يبدءون في الإرشاد النفسي. كل مرة يأتون فيها إلى الجلسة الإرشادية، فإنهم ربما يتحدثون عن العديد من الهموم المختلفة، ربما يصفون هذه الهموم بأسلوب شيق جداً.

أثناء استماع المرشدين النفسيين إلى هذه القصص، فإنهم قد يجدون أنفسهم يتخذون دوراً سلبياً. أنا أطلق على هذا متلازمة الفيشار (البوشار) (Nystul,1981). كأن يأكل المرشد النفسي الفيشار أثناء مشاهدته لمسلسل تلفزيوني، ويستمع إلى كفاح مسترشدة مع الحياة. فالمرشدون النفسيون الذين يجدون أنفسهم مع متلازمة الفيشار عادة ما يستمتعون بجلسات الإرشاد، ولكنهم غالباً لديهم شعور بأنهم لا يحققون شيئاً. وعندما يحدث ذلك، يشعر المرشدون النفسيون بالضياع في السرد القصصي المستمر. للتغلب على هذه المشكلة، يمكن أن يركز المرشدون النفسيون والمسترشدون على العملية الإرشادية عن طريق استكشاف ما حدث في الإرشاد – أين كانوا، ما الذي يفعلانه، وإلى أين يتجهان،

معاً، يمكنهما عمل التعديلات اللازمة للجلسات القادمة. ولو حدثت متلازمة الفيشار، قد يسعى المرشد النفسي ايجاد مزيد من المسؤولية المشتركة في العملية الإرشادية، والعمل نحو أهداف إرشادية أكثر وضوحاً.

استخدام مراحل غير مناسبة

على الرغم من قناعتي بعدم وجود طرق صحيحة وأخرى خطأ للدخول إلى الإرشاد النفسي، إلا أنني أعتقد بأن مراحل معينة عادة تكون غير مناسبة وغير منتجه في الإرشاد النفسي. نقدم فيما يلي ثلاثة أمثلة منها

- أسئلة لماذا: أسئلة لماذا عادةً ما تستثير استجابة دفاعية، حيث تجعل الناس يعتقدون أنهم في حاجة إلى تقديم ما يبرر سلوكهم. فبدلاً من السؤال: "لماذا انفصلتما أنت وتوم؟"، يمكن للمرشد النفسي أن يسأل: "هل يمكن أن تخبرني عما حدث بينك وبين توم وأدى إلى انفصالكما؟"
- أنا أعرف شعورك: ربما يستخدم المرشدون النفسيون هذه العبارة لإظهار أنهم مروا بموقف مشابه، ولذا يمكنهم فهم المسترشد. حقيقة، ليس هناك اثنان لهما نفس ردة الفعل تجاه موقف ما. على سبيل المثال، خذ ردود الفعل المتباينة تجاه منزل يحترق. قد يشعر شخص ما بالأمان لأن البيت مؤمن عليه، وسوف يحصل على أموال التأمين، بينما قد يكون بالنسبة لآخر كارثة بسبب فقدانه لشئ يمثل ذكريات العائلة. قد يكون لدى المسترشد ردود أفعال سالبه نحو المرشد النفسي الذي يقول: "أنا أعرف شعورك". قد يقول المسترشد "لا، هو لا يعرف، فهو ليس أنا، من قال أنه يعرف شعوري؟". في حين أن آخر قد يقول: "لو أن هذا المرشد النفسي يعرف شعوري، لماذا أتعب معه وأستكشف مشاعري معه؟".
- دعني أخبرك عما أقوم به: هذه العبارة يمكن أن تؤدي إلى نصيحة ثابتة. كما ذكرنا من قبل، فإن تقديم النصيحة لا تعزز عادةً النتائج الإيجابية في الإرشاد النفسي.

امتلاك الرغبة المفرطة للمساعدة

كثير من الطلاب ينجذبون إلى الإرشاد النفسي لأنهم يريدون بالفعل مساعدة الآخرين. الرغبة في المساعدة يمكن أن تفيد العملية الإرشادية لأنها توصّل الحماس، والرغبة، والرعاية، ومع ذلك، فإن لدى بعض المرشدين النفسيين حاجة مفرطة لتقديم المساعدة إلى درجة أنهم يكرسون حياتهم تماماً في العملية الإرشادية. المؤشر المفيد على أن المرشدين النفسيين ربما ذهبوا بعيد جداً في الرغبة للمساعدة هو شعورهم بأنهم يعملون بجد أكثر من المسترشد. إن على الطلاب أيضاً استكشاف دوافعهم للرغبة في أن يكونوا مرشدين نفسيين. فالدافع الإيجابي يتمثل في الاستمتاع بمساعدة المسترشد في التغلب على القوى الانهزامية الذاتية، والانتقال إلى الإدراك الذاتي. أما الدافع السلبي فمن الممكن أن يكون رغبة مفرطة في الشعور بالحاجة للآخرين. هذه الرغبة يمكن أن تعزز الاعتمادية غير الضرورية في العلاقة الإرشادية. كما أن هناك دافعاً سلبياً آخر يتمثل في الحاجة

إلى الشعور بالقوة، أو التحكم في الآخرين. هذه الحاجة يمكن أن تؤدي إلى تخويف المسترشدون، وتقويض تقديرهم للذات، وتعزيز الاعتمادية. عندما يكتشف المرشدون النفسيون أن لديهم دوافع غير مناسبة لتقديم الخدمات الإرشادية، فإن عليهم إحالة المسترشد، والبحث عن إرشاد نفسي لأنفسهم.

امتلاك الحاجة المبالغ فيها لنيل حب الآخرين.

معظم الناس – بما فيهم المرشدون النفسيون – لديهم الرغبة، بل ويستمتعون بأن ينالوا حب الآخرين. ومع ذلك، فإن المرشد النفسي – مع الوقت – قد يحتاج إلى عمل أشياء يمكن أن تجعل المسترشد غاضباً، أو غير سعيد، مثل مواجهة المسترشد، أو تحديه. لذا، ليس من الضروري دائماً أن يحب المسترشد المرشد النفسي. بدلاً من ذلك، من الضروري تحقيق أحترام متبادل للحفاظ على الوّد خلال العملية الإرشادية

الاندماج الوجداني المبالغ فيه.

يميل بعض المرشدين النفسيين المبتدئين إلى الاندماج الوجداني المبالغ فيه في العملية الإرشادية. هناك أسباب عديدة لتنمية هذا الميول. أحدها تسمية المؤلفة متلازمة القطة الضالة، والتي تنطوي على رغبة المرشدين النفسيين في أن يصبحوا مسؤولين عن سعادة وشفاء المسترشد. المرشدون النفسيون الذين لديهم هذه المتلازمة قد يميلون إلى الرغبة في الخروج عن طريقهم لمساعدة كل المخلوقات – بما فيهم القطط الضالة – التي تبدو أنها تحتاج إلى مساعدة. ونتيجة لذلك، عندما يرون المسترشد يعاني، فإنهم يرغبون في إيجاد طريقة لنزع الألم،، ووضع الأمور في نصابها، مما يؤدي إلى عملية الإنقاذ التي سبق وتحدثنا عنها.

من الممكن أن يصبح المرشدون النفسيون مهتمون بالمسترشدون لدرجة أنهم يفقدون الموضوعية المهنية، كما أنهم يصبحون مرهقين وجدانياً، ولديهم احتراق نفسي. نموذج الإرشاد كفن يشير إلى أنه لكي تكون العملية الإرشادية فعالة، لابد من التأثير في المرشد النفسي. وفي الوقت نفسه، لا ينبغي أن يفترض المرشدون النفسيون أنهم مسؤولون عن مشكلات المسترشد ؛ ولكن عليهم أن يساعدوا المسترشدون على أن تكون لديهم القدرة على حل مشكلاتهم.

أخذ الأشياء بشكل شخصي

ربما يأخذ المرشدون النفسيون المبتدئون الأشياء بشكل شخصي عندما يعّبر المسترشد عن وجدانيات قوية. على سبيل المثال، ربما يتصرف المسترشد كما لو كان المرشد النفسي شخص آخر للمسترشد معه علاقة حميمة (التحويل، على سبيل المثال صورة الأب أو الأم. أثناء هذه العملية من التحّول، قد يصبح المسترشد غاضباً من المرشد النفسي. فمن غير المناسب بالنسبة للمرشد النفسي أن يأخذ هذا الأمر شخصياً ويتأثر من المسترشد. بدلاً من ذلك، ينبغي أن ينظر المرشد النفسي إلى هذا التحوّل أو التحويل مهم في العلاج كجزء هام من العلاج النفسي. على سبيل المثال، التحليل النفسي الفرويدي على قناعة بأن هذا التحويل مهم في العلاج (Freud,1969).

صعوبة في التمييز بين الطبيعي وغير الطبيعي

غالباً ما تكون لدى المرشدين النفسيين المبتدئين فترة صعبة، يقررون فيها ما إذا كان المسترشدون يعانون من بعض أشكال الأمراض النفسية. على سبيل المثال، قد يتساءل المرشد النفسي ما إذا كان المسترشد لدية مشكلة حادة في التفكير في الانتحار ويحتاج إلى الإيداع في المستشفى، أو تصور بسيط للانتحار ويحتاج فقط إلى مراقبة. هناك مأزق آخر قد يكون التمييز بين الاكتئاب المزمن أو العيادي وردة الفعل الاكتئابية الطبيعية لأحداث الحياة المرتبطة بموت أحد الأحباب.

السبب في أن بعض المرشدين النفسيين المبتدئين لديهم صعوبة في التمييز بين الطبيعي، وغير الطبيعي قد يكون عدم قدرتهم على الاعراف المميزة للأمراض النفسية. المرشدون النفسيون المتدربون من الطلاب ربما يتغلبون على هذه العقبة لكونهم يتابعون بعض الحالات المرضية فهم كطبيب مقيم.

عدم التأكد من الانفتاح النفسي

هناك مشكلة أخرى ربما يواجهها المرشدون النفسيون المبتدئون وهي تحديد إلى أي مدى ينبغي أن يفصحوا عن أنفسهم. على الرغم من أنه لا توجد قواعد صارمة وسريعة في هذه القضية، فإن المقترحات التالية ربما تكون مفيدة:

- أجب عن الأسئلة التالية بشكل ذاتي والتي تشعر بالراحة معها – مجرد أجب عن الأسئلة بدون إسهاب. لتكون حراً في تقديم المعلومات عن مؤهلاتك المهنية. لتكون لديك الرغبة في تقاسم ردود الفعل الحالية لما يحدث في الجلسة الإرشادية.
- لا تخبر مسترشدونك عن قصة حياتك – فهم هناك ليخبروك عن قصص حياتهم، وليس ليستمعوا لقصة حياتك أنت. لا تقل: "هذه هي الطريقة التي تعاملت بها مع هذه المشكلة "، فقد تؤدي إلى تقديم غير مُجد وغير مفيد.

عدم التأكد من السرية.

كثير من المرشدين النفسيين غير واضحين بشأن حدود السرية. أحد المصادر الشائعة للحيرة ترتبط بالسؤال: "مع من أناقش المسترشد، وما هي المعلومات التي أفصح عنها؟". بعض المقترحات فيما يتعلق بهذه القضية ما يلي: قد يناقش المرشد النفسي قضية مع المشرف أو عندما يُستدعى في المحكمة مثل الإعلان عن إساءة طفل أو إهماله. من المسموح كسر حاجز السرية عندما يمثل المسترشد مصدراً للتهديد أو إلحاق الأذى بنفسه وبالآخرين. من غير المناسب مناقشه الحالة مع السكرتير، الأصدقاء، أو أحد أفراد العائلة حتى لو غيّرت أسم المسترشد.

قضايا التنوع DIVERSITY ISSUES

هناك مظهر من مظاهر التنوع الثقافي ذو أهمية كبيرة في الإرشاد النفسي وهو الروحانية (بما فيها التدين) (BISHOP ,1995). يمكن تعريف الروحانية بشكل واسع بأنها: "التناغم مع الله، أو روح الحقيقة، أو الذكاء المطلق الذي يحكم الكون" (Richards & Bergin,1997,77). هذا المنظور يعتبر أن كل الناس يعترفون بعالم الوجود (ليس بالضرورة أن يكونوا متدينيين) (Ingersoll,1995). (Richards & Bergin, 2004, Witmer & Sweeney,1995) . من الناحية التاريخية، ظل الإرشاد النفسي والروحانية منفصلين لدرجة كبيرة. حديثاً، أشارت كتب ومقالات الإرشاد النفسي إلى أن الروحانية شكل آخر من أشكال التنوع التي لابد من مخاطبتها والحديث عنها للحصول على فهم دقيق لعالم المسترشد (Bishop,1995). يلجأ كثير من الناس إلى الروحانية والدين لاستلهام القوة والدعم أثناء الأزمات أو الأوقات الصعبة. هذا ينطبق على الأفراد عندما يصلون إلى سن الشيخوخة (Smitb,1993). يشير ميرانتي وبيرك (1995) إلى أن الاعتراف بالمجال الروحاني في الإرشاد النفسي يمكّن المرشدين النفسيين من الاتصال بصلب حياة المسترشد.

هناك عدد من الأفراد بدءوا بتقديم بنية للكيفية التي يمكن بها دمج الروحانية والدين في العملية الإرشادية (Ingersoll,1995; Richards & Bergin,1997). يرى إينجير سول أن على المرشدين النفسيين محاولة إدراك والتأكد من مفاهيم الروحانية لدى المسترشد، والدخول في العالم الروحاني للمسترشد لفهم دوافع المسترشد، والتشاور مع " المعالجين " الآخرين في حياة المسترشدون إذا لزم الأمر ذلك. يقدم ريتشارد & بيرجين (1997) خطوط إرشادية شاملة مثل التقويم والتدخل لدمج القضايا الروحانية على مدار المراحل المختلفة من العملية الإرشادية على سبيل المثال، من الممكن أن الاستراتيجيات الروحانية للتدخل العلاجي تحتاج إلى تدريب خاص، وقد تشتمل على استراتيجيات مثل إعادة البناء المعرفي للمعتقدات الدينية اللاعقلانية، طرق التدريب على العفو، والتأمل، والصلوات. فيما يبدو أن المجال الروحاني يمتلك مكانه كبيرة في الإرشاد النفسي. هناك حاجة إلى نظرية أخرى، وبحوث، وممارسة لتسهيل الدمج المفيد لهذا البُعد الهام في العملية الإرشادية.

من حيث استكشاف التنوع فيما يتعلق القضايا متعددة الثقافات، يشير داي – فينس ورفاقه (2007) إلى أن على المرشدين النفسيين أخذ دور نشط، حيث يشيرون إلى هذه العملية بأنها " فتح للمواضيع "، وتوحي بأن على المرشدين النفسيين عرض موضوعات السلالة، العرق، والثقافة لضمان الانتباه إليها ومراعاتها بشكل مناسب في الإرشاد النفسي. يعتقد داي فينس ورفاقه (2007) أن هذا الرأي ينسجم مع الكفاءة متعددة الثقافات، والتي تشير إلى أن المرشدين النفسيين يعترفون بالعوامل الثقافية في العلاقة الإرشادية. حدد داي فينس ورفاقه (2007) خمسة طرق يمكن للمرشدين النفسيين من خلالها " فتح الموضوعات " التي تتعلق بالقضايا متعددة الثقافات مع المسترشد. إن

درجة " فتح الموضوع " تتأثر بمستوى نمو الهوية العرقية لدى المرشد النفسي. يمثل المرشد "المتجنب" لفتح هذه الموضوعات أحد طرفي المتصل – المرشد النفسي في المستوى الأول من نمو الهوية (المرشدون النفسيون لا يلقون بالاً لتوطر هويتهم)، الذي لا يقيّم أهمية استكشاف القضايا متعددة الثقافات مع المسترشدون. ويمثل المرشد المتشرب (التشريب) الطرف الآخر للمتصل – المرشد النفسي الذي نميّ هوية ذاتية جيدة الصياغة، والذي يعتقد بأن استكشاف القضايا متعددة الثقافات مظهر تكاملي من مظاهر العملية الإرشادية.

علم النفس التحريري (Duran et al.,2008) هو مثال على المدخل الإرشادي الذي يتطلب من المرشدين النفسين استكشاف القضايا متعددة الثقافات بفعالية مع المسترشد. هذه النظرية تشير إلى أن الضغوط النفسية هي نتاج قوىً ضاغطة تجرح روح الناس وروح الثقافة. ينطوي علم النفس التحريري على التعرف إلى هذه الجروح ويحرر المسترشدون مجازاً من خلال علاج الروح. يستكشف المرشد النفسي والمسترشد الأصول التاريخية للظلم والاضطهاد وكيف أن عوامل مثل الامتياز الذي يظهر في عالم المرشد النفسي والإرشاد النفسي يمكن أن يسهم في الظلم الاجتماعي. إن وعي المرشد النفسي بهذه القضايا متعددة الثقافات يمكن أن ينتج عنه تحرير المضطهد أو المظلوم، وعلاج روح المسترشد.

الملخص

إن المنهج ذا المراحل الست للإرشاد النفسي ينطوي على بناء العلاقة، التقييم والتشخيص، ووضع الأهداف، التدخل وحل المشكلات، الإنهاء والمتابعة، والبحث والتقييم.

تقدم الاتجاهات الحديثة في العملية الإرشادية مثل الاتجاه المستقبلي، والإرشاد الموجز طرقاً جديدة لصياغة مفاهيم العملية الإرشادية عن طريق علم النفس الروائي، والإرشاد النفسي كسرد قصصي، ومدخل الإرشاد المتمركز حول الحل. فيما يبدو أن هذه الاتجاهات الإرشادية واعدة في معالجة القضايا المتضمنة في الإرشاد متعدد الثقافات والرعايا المضبوطة. إن الحديث عن قضايا التنوع والاتجاهات الظاهرة في الإرشاد النفسي مثل الالتفات إلى الروحانية والدين – تعطي الأمل والوعد بإثراء العملية الإرشادية. تشتمل المشكلات التي يواجهها المرشدون النفسيون المبتدئون على التركيز فقط على أول قضية في الجلسة، التغافل عن القضايا الطبية، والرغبة في إنقاذ المسترشد.

امتلاك ميول كمالية أو الرغبة في الكمال، أو توقعات غير واقعية، والتطبيق المبالغ به للأسلوب الجديد الذي تم تعلمه مؤخراً، والضياع في العملية الإرشادية، واستخدام عبارات غير مناسبة، وامتلاك رغبة مفرطة للمساعدة، والرغبة في الحصول على حب الآخرين، والاندماج الوجداني الزائد، أو أخذ الأشياء بشكل شخصي، وعدم التأكد من قضايا الأمراض النفسية، أو الانفتاح النفسي، أو السرية.

الإرشاد النفسي عملية تتباين في الطول والمحتوى وفقاً لمشاكل المسترشد. في هذه العملية، قد يبدو المسترشد على أنه يحقق بعض التقدم ثم ينتكص إلى عادات الإنهزام الذاتي. عندما تبدو الأشياء على أنها تسير في غير مسارها الصحيح، فإن المرشد النفسي - مثل البحار على السفينة - يمكن أن يكيّف المنهج. يمكن اعتبار الإرشاد النفسي ناجح عندما يكون الاتجاه الكلي للعلاج النفسي إيجابياً.

الاستكشاف الذاتي

1- كيف تقيّم مهارات الاستماع لديك وكيف أن مهارات الاستماع في هذا الفصل تيسر قدرتك على الاستماع؟

2- لماذا الاتجاه نحو الدافعية (الاتجاه الدوافعي) هام في الاستماع؟

3- كيف يمكنك استخدام نموذج التأثير الاجتماعي لسترونج لتعزيز قدرتك على التأثير في الآخرين؟

4- ما هي بعض المشكلات الشائعة التي تواجه المرشدين النفسيين المبتدئين، ولماذا تعتبر هذه قضايا بالنسبة لك؟

الفصل 4

القياس والتشخيص

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم إطلالة على القياس والتشخيص . ويشتمل على الموضوعات التالية :

- فن وعلم القياس والتشخيص
- المنظور التاريخي للتشخيص
- تقييم الاختبارات
- استخدامات التشخيص
- الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية
- تطبيق وتفسير الاختبارات
- التخطيط للعلاج
- تحيز الاختبار
- قضايا التنوع المستقبل في القياس والتشخيص
- أنواع الاختبارات

فن وعلم القياس والتشخيص

THE ART AND SCIENCE OF ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

بالإمكان اعتبار فن القياس والتشخيص بُعد ظاهر للعملية الإرشادية. يدرك المرشد النفسي كفنان أن هناك عدداً لا متناهياً من الطرق والإجراءات لاكتشاف السمات الظاهرة والخفية للمسترشد. يكيّف المرشدون النفسيون إجراءات التقييم والتشخيص لإشباع الحاجات المتجددة والفريدة للمسترشد. على سبيل المثال، ربما يستخدم المرشدون النفسيون الأساليب الإسقاطية لمساعدة المسترشد المقاوم على الاندماج في وسائل أقل تهديداً لكشف الذات، وتكييف إجراءات الاختبار لتتماشى مع القضايا المنبثقة من التنوع.

القياس والتشخيص بُعد هام لعلم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي أيضاً. يتم استخدام الطرق القياسية مثل اختبارات الذكاء والشخصية للحصول على فهم موضوعي عن الأداء النفسي الكلي للمسترشد. أما المرشد النفسي كعالم فيدرك ضرورة التعلّم المستمر والشامل في القياس النفسي من أجل التطبيق الدقيق، ووضع الدرجات للاختبارات وتفسيرها. بالإضافة إلى ذلك، فإن التعلم المستمر ضرورة ليظل المرشد النفسي على مستوى واحد من المراجعات في الاختبارات والتدقيق الكامل للإجراءات المستخدمة في القياس.

حقيقة، كل مظاهر القياس والتشخيص ترتبط بفن وعلم الإرشاد النفسي. على سبيل المثال، التخطيط للعلاج فن يحتاج من المرشد النفسي أن يدمج - بإبداع - كميات كبيرة من المعلومات من مصادر متعددة ومختلفة في مُركّب ذي معنى للمسترشد. كما آن التخطيط للعلاج علم أيضاً حيث ينطوي على تنظيم المعلومات في برنامج مترابط وفعال يقّدم بنية وتوجيهاً للعملية الإرشادية. علم وفن القياس والتشخيص – معاً – يخلقان توازن، بين الأبعاد الشخصية والموضوعية لهذا المظهر الهام من مظاهر العملية الإرشادية.

القياس والتشخيص ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

يذكر هوهينشيل (1996) أن التشخيص والقياس عمليتان متداخلتان، حيث يقدم القياس المعلومات الضرورية لعمل التشخيص، أنّ كل المرشدين النفسيين يستخدمون بعض أشكال القياس للحصول على فهم إجمالي عن المسترشدون ؛ كما أن معظم المرشدين النفسيين يدمجون أيضاً التشخيص في العملية الإرشادية. بعض التوجهات النظرية مثلاً العلاج النفسي الواقعي والإرشاد النفسي المتمركز حول المسترشد تمتنع عن العملية التشخيصية لأنها قد تعزز التفسيرات غير الدقيقة والضارة. معظم المرشدين النفسيين يجدون التشخيص ضرورياً لصياغة استراتيجيات العلاج، وأنه وسيلة للتواصل المختصر (Hohnshil,1996). إن المنشورات الرئيسية التي تتعامل مع التشخيص تحاول أن تكون حساسة بشأن قضايا التفسيرات، بالإشارة إلى شخص على أنه " شخص متخلف عقلياً "، أو " شخص فصامي " وهكذا بدلاً من القول بأن شخص ما متخلف عقلياً أو فصامي (Hohenshil , 1996). وهذا شئ منطقي حيث لا يُشار إلى إنسان على أنه "سرطان"، أو "عظمة مكسورة"، ولكن شخص لديه سرطان، وشخص لديه عظمة مكسورة.

في الحقيقة، كما يرى هوهينشيل (1996) -فإن كل المرشدين النفسيين- بغض النظر عن توجهاتهم النظرية - ينخرطون في بعض أشكال التشخيص. على سبيل المثال عندما يقرر المرشد النفسي في الإرشاد النفسي المتمركز حول المسترشد – أن المسترشد لديه أمراض نفسية ويحتاج إلى أن يُحال إلى معالج نفسي أو أخصائي نفسي، فإن المرشد النفسي بذلك يكون قد قام بعملية التشخيص (Hahenshil ,1996). ويرى هان (1994) أن معظم المرشدين النفسيين ناشطون في تشخيصهم للمشترشدون تشخيص لكي يستطيعوا التواصل بفعالية مع المساعدين المحترفين الآخرين، ويقدموا المعلومات اللازمة لشركات التأمين وهكذا. ومع ذلك، على الرغم من أن المرشدين النفسيين يستخدمون الإجراءات التشخيصية على أساس منتظم، إلا أنهم غير مدربين للقيام بذلك، وهذا قد ينتج عنه مشكلات أخلاقية خطيرة (Hamann,1994).

القياس ASSESSMENT

ظهر القياس في أول مرة كمصطلح نفسي في تقييم الرجال (مكتب الخدمات الإستراتيجية، (1948) (Sundberg ,1997). أُستخدم المصطلح لوصف عمليه اختيار الرجال للخدمة في مهام

خاصة في الحرب العالمية الثانية. ومنذ ذلك الوقت، أتسع معنى هذا المصطلح ليشتمل على مدى واسع من الأساليب والعمليات، بما في ذلك الاختبارات النفسية المعيارية، استراتيجيات المقابلة والملاحظة، التقييم الاجتماعي - الثقافي، والتقييم السلوكي، والتقييم البيئي. هذا الجزء يصف إجراءات التقييم هذه بالإضافة إلى تقديم معلومات عن اختبارات التقييم وتطبيق وتفسير نتائج الاختبارات.

تقييم الاختبارات Evaluation of Tests

قام أناستاسي و اربينا (1997) بوضع قائمة بالعديد من مصادر المعلومات التي تعتبر وسيلة قيّمة لاختبارات التقييم:

- الكتاب السنوي للقياس النفسي: الذي حرره بوروس، ويحتوي على معلومات عن معظم الاختبارات بالإضافة إلى نقد لكل اختبار.
- قائمة المراجع لمجموعة الاختبارات: بناه مركز خدمة القياس التربوي، وهي تقدم معلومات عن الاختبارات التي تخص محتوى معين مثل الصعوبات الجسمية.
- الاختبارات والاختبارات الإلكترونية: يوزعه مجمع الاختبارات، ومركز الخدمات التعليمي ، ويحتوي على معلومات هامة عن الاختبارات مثل الصدق والثبات.
- معايير الجمعية الأمريكية لعلم النفس للاختبارات النفسية والتربوية: يقدم خطوطاً إرشادية للاستخدام المناسب للاختيار، وتفسير نتائج الاختبار.

هناك ثلاثة معايير رئيسية لتقييم الاختبارات وهي الصدق والثبات والمعايير:

درجة الصدق: الصدق هو درجة قياس الاختبار لما وضع لقياسه (Anastasi & Urbina,1997) . وفقاً لانستاسي واربينا (1997) فإن الصدق هو الخاصية الأكثر أهمية في الاختبار ويعطي فحصاً لمدى تحقيق الاختبار لوظيفته المقصودة. (ما أعد لأجله) الأنواع الثلاثة الرئيسية للصدق التي وصفها انستاسي و اربينا (1997) هي صدق المحتوى، الصدق البنائي، والصدق المعياري:

1- صدق المحتوى: وينطوي على دراسة محتوى الاختبار لتحديد ما إذا كان يغطي محتوى السلوك المراد قياسه (ممثل للمحتوى). غالباً ما يستخدم صدق المحتوى لتحديد ما إذا كان المحتوى في الاختبارات التحصيلية ممثلاً للمعلومات التي تعرّض لها الفرد (مثلاً: مفاهيم البيولوجي في المنهج التعليمي للبيولوجيا).

2- الصدق البنائي: ويشير إلى درجة قياس الاختبار للبناء النظري أو السمة، مثل العصبية أو القلق.

3- الصدق المعياري: وهو مؤشر على درجة تنبؤ الاختبار بأداء الفرد على معيار معين. على سبيل المثال، اختبار القدرة الميكانيكية قد تستخدم للتنبؤ بمدى الأداء الذي سيكون علية الفرد كميكانيكي، أو فني،. هناك نوعان من الصدق المرتبط بالمحك: الصدق المتزامن، ويُحدد عندما

يكون المعيار موجوداً أو متاحاً في وقت الاختبار، والصدق التنبؤي، ويمكن قياسه عندما يكون المعيار متاحاً فقط بعد حدوث الاختبار.

الثبات: الثبات عامل آخر هام لابد من وضعه في الاعتبار في تقييم الاختبار، ويشير إلى " توافق الدرجات التي يحصل عليها نفس الشخص عندما يُعاد تطبيق الاختبار عليه في مناسبات مختلفة، أو مع مجموعات مختلفة من المفردات المتكافئة، أو في ظروف اختبارية متغيرة (Anastasi& Urbina,1997). يمكن تحديد الاعتمادية من خلال الطرق الثلاثة التالية:

1- إعادة الاختبار: وينطوي على تطبيق نفس الاختبار مرة أخرى على نفس الفرد.

2- الصور البديلة: ويشير إلى تطبيق صور متكافئة على الفرد في أوقات مختلفة.

3- التجزئة النصفية: وتنطوي على تقسيم الاختبار إلى جزأين متساويين وتطبيق كل جزء على الفرد، وهذا يعبر عن التوافق الداخلي للاختبار.

المعايير: لفهم درجة الفرد في اختبار ما، من الضروري أن تكون لديك معلومات عن درجات الآخرين الذين خضعوا لهذا الاختبار (المجموعة المعيارية) (sundberg ,1977). في تقييم المعايير المستخدمة في الاختبار، من الضروري تحديد ما إذا كانت المجموعة المعيارية ممثلة للمجتمع الذي وُضع من أجله هذا الاختبار (sundberg ,1977) على سبيل المثال، الاختبار ذو المعايير المشتّقة من مجموعة من البيض، أصحاب الطبقة العليا ربما لا يكون مناسباً في الاستخدام مع مسترشدون من الأقليات.

تطبيق الاختبارات وتفسيرها Administration and interpretation of tests

فقط الأفراد المؤهلون هم الذين يطبقون الاختبارات ويفسرونها. فكثير من الاختبارات – مثل اختبار ويكسلر للذكاء، تحتاج إلى تدريبات متخصصة في تطبيق الاختبار وتفسيره. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يراجع المرشدين النفسيين – باهتمام – الدليل الخاص بتطبيق الاختبار لتحديد الإجراءات التي يستخدمونها في تفسير الاختبار. على سبيل المثال، من الضروري تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف في الاختبار، وما إذا كانت العينة المعيارية ممثلة للفرد الذي يتم اختباره.

يقدم ميلر (1982) الخطوط الإرشادية التالية لتفسير نتائج الاختبار للمسترشدون:

- ينبغي أن يستكشف المرشد شعور المسترشد حول الخضوع للاختبار.
- ينبغي أن يراجع المرشد النفسي الهدف من تطبيق الاختبار وتقديم المعلومات الضرورية لتفسير الاختبار (مثلاً: المعايير والنسب أو المئينيات).
- ينبغي أن يفحص المرشد النفسي والمسترشد نتائج الاختبار ويتناقشان فيما تعنيه هذه النتائج بالنسبه للمسترشد.

- ينبغي أن يساعد المرشد النفسي المسترشد على دمج درجات الاختبار في مظاهر اخرى للمعرفة الذاتية لدى المسترشد.
- ينبغي أن يشجع المرشد النفسي المسترشد على تنمية خطة للاستفادة من واستخدام نتائج الاختبار واستخدامها.

يرى **جودبير** (1990) أن على المرشدين النفسيين تقديم مواد الاختبار وتفسيره وذلك عند الاستجابة لاهتمامات معينة يثيرها المسترشد خلال العملية الإرشادية وليس عند نقطة معينة في الإرشاد. جودبير على قناعة بأن المسترشد سوف يحقق فهماً للمعلومات التي يقدمها الاختبار خلال التفسير الذي يقدمه المرشد والذي يحدث في مراحل متعددة من العملية الإرشادية.

تقدم العديد من الدراسات البحثية معلومات مفيدة تتعلق بالتفسير.

فقد وجد جونز و جليسو (1988) أن المسترشدون يرون التفسيرات غير النهائية أكثر مساعدة من التفسيرات النهائية. أشارت نتائج دراسة تايلور و براون (1988) إلى الأفراد الأصحاء عقلياً كانوا يخفون مدركات ذاتية موجبة غير واقعية. وبناءً على هذه النتائج، حذر جودبير (1990) من أن المسترشدون قد يميلوا إلى تشويه تفسيرات الاختبار بأسلوب إيجابي غير واقعي. كما أوضحت دراسات أخرى أن المسترشدون يفضلون التفسيرات الفردية للاختبار على التفسيرات الجماعية لوضوحها (Miller & Cochran ,1979)، وأفضليتها (Oliver ,1977)، يذكر روالينز ورفاقه (1991) أن المرشدين النفسيين غير مؤهلين للتعامل مع العدد الكبير من المشكلات الصعبة في القياس ويحتاجون إلى تدريب أفضل في القياس، ويرون أن المرشدين النفسيين يمكنهم التغلب على بعض هذه المشكلات باستخدام المهارات الإرشادية عند تفسير الاختبارات للمسترشد. على سبيل المثال، يرى رواليتز ورفاقه (1991) أن البرمجة اللغوية العصبية يمكن دمجها مع الأسلوب الإرشادي والنظرية الإرشادية ليتيسر تفسير الاختبار. من الممكن أن يستخدم المرشدون النفسيون أسلوب البرمجة اللغوية العصبية (مثل السرعة) للحصول على استبصار فيما يجربه المسترشد بخصوص تفسير الاختبار، تنطوي السرعة على البقاء مع تجربة المسترشد باستخدام الأساليب الإرشادية (مثل مهارات الاستماع، لتحديد الصور الحسية لدى المسترشد (مثلاً: بصرية، سمعية، او لمسية) ثم بعد ذلك اشراك الجمل المفيدة المبادرة (مثلاً: أنا أرى ما ترمي إليه مع المتعلم البصري) وتصوير الحالات الجسمية (مثل: معدلات التنفس) لخلق المودة والفهم في عملية تفسير الاختبار. إن استخدام البرمجة اللغوية العصبية والاستراتيجيات الإرشادية الأخرى تسهل فن الإرشاد النفسي وتفسير الاختبار بمساعدتها للمرشدين النفسيين على تعديل الحاجات الخاصة والمتجددة للمسترشدون.

لقد أصبح تفسير الاختبار القائم على الكمبيوتر مورداً محبباً بشكل متزايد في القياس والتقويم (Sampson , 1990). فقد تم تصميم العديد من البرامج الحاسوبية لمساعدة المرشدين النفسيين في تفسير الاختبارات الأكثر استخداماً مثل قائمة مينيسوتا للشخصية متعددة الأوجه (الإصدار الثاني)،

ومقاييس ويكسلر للذكاء. لم يكن القصد من تفسير الاختبار القائمة على الكمبيوتر الإحلال محل دور المرشد في عملية التقويم، ولكن ينبغي أن ينظر المرشدون النفسيون إلى تفسير الاختبار المحوسب على أنه إطار عمل أساسي للمساعدة في التقويم، والتشخيص، والتخطيط للعلاج (Sampson ,1990).

التحيز في الاختبار Test Bias

تعكس المقالات والمنشورات في هذا المجال اهتماماً شديداً ومتزايداً بشأن عدالة وموضوعية طرق التقويم مع المسترشدون من خلفيات ثقافية متعددة (Watkins & Campbell ,1990). ولقد وُجدت الأدلة على التحيز الثقافي في العديد من إجراءات التقويم والأساليب الإسقاطية، واختبارات الذكاء، ومقاييس التقرير الذاتي (Jewell,1989). حدد رينولدز (1982) العوامل التالية التي ترتبط في الغالب بتحيز الاختبار:

- محتوى غير مناسب: محتوى الاختبار متحّيز نحو قيم وخبرات الأفراد البيض، من ذوي الطبقات الوسطى.
- عينات معيارية غير مناسبة: معظم المجموعات المعيارية التي تميل إلى عدم تمثيل الأقليات العرقية – ليست مجموعات مرجعية واقعية للأقليات.
- تحيز اللغة والفاحص: يميل علماء النفس إلى أن يكونوا من البيض، ويتحدثون الإنجليزية المعيارية، وهم كفاحصين، يخّوفون الأقليات العرقية، ويتسببون في معوقات التواصل، هذا ما يمكن أن يفسر الأداء المنخفض للاختبارات.
- نواتج اجتماعية غير متساوية: تتلقى الأقليات العرقية تصنيفات غير عادلة من الاختبارات (مثلاً: منخفض الذكاء)، وهذا ما ينزلهم إلى مرتبة أدنى في مواصلة السلم التعليمي.
- قياس البناءات المختلفة: تقيس الاختبارات سمات مختلفة عندما تُستخدم مع الأقليات العرقية (مثلاً: درجة التزامهم بالنظام القيمي للثقافة السائدة).
- الصدق التنبؤي الفارق: على الرغم من أن الاختبارات يمكن أن تتنبأ بدقة بالنتائج، مثل الإنجاز الأكاديمي للبيض، إلا أنها أقل فعالية في النتائج بالأقليات العرقية.

يشير انستاسي و اربينا (1997) إلى أن المشكلات في التقييم يجب مخاطبتها من خلال تبني منظور متعدد الثقافات . الاختبارات المتحررة من الثقافة والتي بدأت باختبار مصفوفة رافن المتقدمة (1936) – تم تطويرها في محاولة للتغلب على المشكلات المرتبطة بالتحيز الاختباري.

إن لاختبار مصفوفة رافن – والذي يعتبر من أوائل الاختبارات المتحررة من الثقافة – ثلاثة إصدارات ليسمح بتقييم الأفراد من المتخلفين عقلياً إلى العاديين. يتكون كل إصدار من اختبار معين. كما أن هناك اختبار ذكاء آخر متحرر من الثقافة وهو اختبار الذكاء لكاتل، والذي أعده كاتل (1949). هذا الاختبار غير مصور، وغير لفظي، ويستخدم مع الأفراد من سن 4 سنوات إلى مرحلة الرشد.

كما يمكن استخدام نظام التقييم الجمعي متعدد الثقافات والذي أعده ميرسر (1977) لتحسين التقييم المتحرر من الثقافة للأطفال من سن 5-11 سنة. إن لهذا النظام عدة مميزات فريدة. يتم تطبيق عدة اختبارات على الطفل، بما في ذلك اختبار ويكسلر لذكاء الأطفال (الإصدار الرابع). ثم يتم مقابلة مقدم الرعاية للحصول على معلومات عن أداء الطفل في الأنشطة والظروف المختلفين (McMillan,1984).

بعد اعتبار درجات الاختبار والمقابلات الأخرى. يتم "تصحيح" درجة اختبار ويكسلر لذكاء الأطفال. "البعض" على قناعة أن درجات الاختبار "غير المصححة" من الممكن أن تكون مفيدة في اتخاذ القرارات التعليمية والتربوية ولكن الدرجة " المصححة " تعكس بشكل أكثر دقة القدرة العقلية للطفل (McMillan,1984).

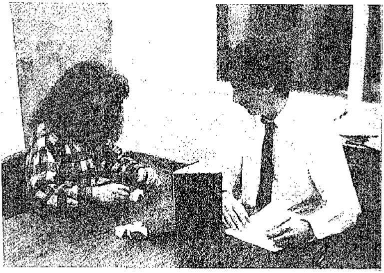
طوّر **ريدلي ورفاقه** (1998) إجراء التقويم متعدد الثقافات كوسيلة لمعرفة التحديات المرتبطة بالقياس والتشخيص متعدد الثقافات. يمكن استخدام المراحل الأربع في إجراء التقييم متعدد الثقافات لخلق إطار عمل متعدد الثقافات للتقييم والتشخيص:

1- تحديد البيانات الثقافية: تستخدم إجراءات التقييم الموضوعي والشخصي لتحديد البيانات الثقافية. يمكن استخدام مهارات الاستماع، تشجيع المسترشدون على سرد القصص، والمقابلة العيادية كنقطة بداية للحصول على المعلومات. على سبيل المثال، يمكن أن يخبر المسترشدون عن البيانات الثقافية مثل تعرضهم للعنصرية في العمل، والتي قد ترتبطة بالاكتئاب لديهم.

2- تفسير البيانات الثقافية لصياغة مقترحات العمل: إن إجراء التقييم متعدد الثقافات على قناعة بأن التقويم والتشخيص ينطوي على ايجاد مقترح للعمل يمكن استخدامه لتفسير البيانات الثقافية. المهمة الأساسية في هذه العملية تتمثل في تمييز البيانات الثقافية عن البيانات الشخصية (تحديد إلى أي مدى تكون المعلومات محددة بثقافة المسترشد أو فريدة بالنسبة للمسترشد). على سبيل المثال، فإن مقترح العمل قد يكون أن اكتئاب المسترشد ربما يعود إلى العنصرية في العمل والصراعات مع نمو هويته (البيانات المحددة بالثقافة)، وقد يرتبط أيضاً بالكحولات (خاصة بالفرد).

3- دمج البيانات الثقافية لاختبار خطوات العمل: المرحلة الثالثة من إجراء التقييم متعدد الثقافات تنطوي على استخدام منهج التشخيص والتقويم الشامل لاختبار خطوات العمل. وهذا ينطوي على دمج المعلومات المرتبطة ثقافياً مع الإجراءات العيادية الشائعة مثل الفحوصات الطبية، القياس النفسي، واستخدام الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية. على سبيل المثال، من الممكن أن يستفيد المرشدون النفسيون من الاعتبارات الثقافية في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية للعمل من أجل خفض مستوى الحساسية الثقافية في العملية التشخيصية.

4- الوصول إلى قرار صحيح للتقييم: المرحلة الأخيرة من إجراء التقييم متعدد الثقافات تنطوي على عمل ملف شخصي شامل للمسترشد، من خلاله يتم اتخاذ القرارات حول الحالة. ويتم الانتهاء من اتخاذ القرارات التشخيصية (بالرجوع إلى الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية) كما يتم صياغة برامج العلاج المرتبطة بالثقافة.



القياس يمكن أن يقدم للمرشدين النفسيين معلومات موضوعية تتعلق بالأداء النفسي للمسترشد

أنواع الاختبارات Types of tests

يمكن تقسيم إجراءات التقييم إلى فئتين رئيسيتين: المقاييس المعيارية، والمقاييس اللامعيارية (Kottler & Browen ,2000). المقاييس المعيارية هي الاختبارات التي لها مجموعة معيارية، وتشتمل على العديد من الاختبارات النفسية، واختبارات الشخصية، واختبارات الميول والاهتمامات، واختبارات القدرات، والاختبارات العصبية – النفسية. أما المقاييس اللامعيارية فليس لها مجموعة معيارية، وتشتمل على إجراءات مثل الملاحظات، التقويم السلوكي، والتقويم البيئي.

لكل نوع مميزاته وعيوبه. فإجراءات التقويم المعياري تزود المرشد النفسي بمعلومات موضوعية عن المسترشد. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الاختبارات تحتوي على معلومات عن صدق الاختبار وثباته، حيث يمكن استخدامها لتقييم النتائج. أما عن العيوب، فتشتمل على التحيزات الثقافية، تعزيز التصنيفات غير المقبولة، والدرجات التي قد تكون مضللة أو بسيطة بشكل مبالغ فيه. أيضاً إجراءات التقييم اللامعياري لها مناحي قوة ومناحي ضعف. فمن مناحي القوة في هذه المقاييس مدخلها المرن والفردي، والذي يعطي معلومات فريدة خاصة بالفرد، كما أنه من السهل تعديلها لتناسب الفروق الفردية، ومن ثم تقلل من التحيز الثقافي. أما نقاط الضعف في هذه المقاييس، فتشتمل على نقص المعلومات – عن صدق الاختبار وثباته واللذان يستخدمان في تقييم إجراءات التقييم، ونقص الموضوعية في نتائج الاختبار. نقدم فيما يأتي ملخصاً للمميزات والعيوب لكل من المقاييس المعيارية واللامعيارية:

جدول (11) مقارنة المقاييس المعيارية واللامعيارية

نوع الاختبار	المميزات	العيوب
المعياري	1- يقدم معلومات موضوعية عن المسترشد 2- يقدم معلومات خاصة عن المسترشد بالنسبة للمجموعات المعيارية 3- يحتوي على معلومات عن الصدق والثبات، واللذان يمكن استخدامهما لتقييم الاختبار	1- يميل إلى التحيز الثقافي 2- غالباً ما تنتج عنه " وصمة (تصنيفات) " 3- يمكن أن يؤدي إلى نتائج اختبار مضللة أو بسيطة بشكل مبالغ فيه (مثلاً: درجات مُعامل الذكاء)
اللا معياري	1- يقدم مدخلاً مرناً فردياً يعطي معلومات تخص الفرد المسترشد 2- يعزز الدور النشط للمسترشد في عملية التقييم 3- يمكن تعديله بسهولة ليناسب	1- تنقصه المعلومات عن الصدق والثبات 2- تنقصه الموضوعية والقدرة على التعميم على مجموعة مرجعية 3- تنقصه الدرجات المعينة، والمجموعات المرجعية، وهذا قد يجعل نتائج التقويم محيّرة للمسترشد

المقاييس المعيارية Standardized Measures

تشتمل المقاييس المعيارية على مدى واسع من الاختبارات النفسية. يعرف انستاسي و اربينا (1997) الاختبار النفسي بأنه "مقياس موضوعي و معياري لنموذج سلوكي (p.4). "المعيارية توحي باتساق الإجراءات في تطبيق ووضع درجات الاختبار" (Anastasi & Urbina ,1997,p.6) يمكن تطبيق الاختبارات النفسية فردياً أو جماعياً لقياس مدى واسع من السمات والخصائص مثل الذكاء، التحصيل، القدرة، الاهتمام، الشخصية، والاضطراب النفسجسمية.

تقدم اختبارات الذكاء معلومات عن الأداء العقلي للمسترشد. من أكثر الاختبارات التي تطبق فردياً -شيوعاً: اختبار ستانفورد- بينية، ومقاييس ويكسلر الثلاثة: مقياس ويكسلر لقياس ذكاء اطفال ما قبل المدرسة (الإصدار الثالث)، مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال (الإصدار الرابع)، ومقياس ويكسلر لذكاء الكبار (الإصدار الرابع). أما اختبارات الذكاء التي تطبقّ بشكل جماعي، فيمثلها اختبار القدرة العقلية لأوتيس لينون، واختبارات كاليفورنيا للنضج العقلي. كما أن هناك اختبارات غير لفظية للذكاء مثل مصفوفة رافن، واختبار الذكاء المصوّر، وهذه مفيدة في القياس متعدد الثقافات للتغلب على الصعوبات اللغوية. كما يمكن استخدامها أيضاً عندما يكون الوقت محدوداً بالنسبة للمرشد النفسي ويحتاج إلى مجرد تقدير للمستوى العقلي للمسترشد (Anastasi & Urbina ,1997).

أما اختبارات التحصيل، فتُستخدم بشكل أساسي في المدارس، وهي تعطي معلومات عما تعلمه الفرد. ومن اختبارات التحصيل الأكثر شهرة: اختبار ايوا للمهارات الأساسية، اختبار التحصيل واسع المدى، بطارية الاختبارات التربوية النفسية لوودكوك- جونسون (Anastasi & urbina ,1997).

تركز اختبارات القدرة على قدرة المسترشد على النجاح. ومن أمثلة اختبارات القدرة: اختبار القدرة الفارق، والذي يستخدمه المرشدون النفسيون بشكل متكرر في إرشاد الطلاب تربوياً ومهنياً - في الصفوف من الثامن إلى الثاني عشر (Anastasi & urbina , 1997).

أما قوائم الاهتمام، فتساعد المرشدين النفسيين على تحديد أين تكمن اهتمامات المسترشد. هذه المعلومات من الممكن أن تفيد المرشدين النفسيين في مجال الحياة العملية المستقبلية. ومن قوائم الاهتمام الأكثر شيوعاً: اختبار التفضيل المهني لكودر، قائمة تقويم الحياة العملية، وقائمة الاهتمام لسترونج - كامبيل.

أما قوائم الشخصية، فتقدم معلومات عن ديناميكيات الشخصية؟، ويمكن أن تكون جزءً من العملية التشخيصية لتحديد ما إذا كان المسترشد لديه اضطراب عقلي.تتطلب الاختبارات الموضوعية للشخصية استجابات أكثر تحديداً، مثل صح - وخطأ، أو الاختيار من متعدد. أكثر مما تحتاج إلية الاختبارات الشخصية، من أمثلة اختبارات الشخصية: قائمة مينيوسوتا للشخصية متعددة الأوجه، وهي قائمة مفيدة في تحديد اضطرابات شخصية معينة مثل الاكتئاب والانفصام. هناك اختباران موضوعيان للشخصية يقدمان استعراضاً للشخصية، وهما: القائمة لكاليفورنيا النفسية، وقائمة العوامل الستة عشر للشخصية.

أما الاختبارات الشخصية، فتستفيد من الأساليب الإسقاطية التي تتطلب من المسترشدون إسقاط أفكارهم ومشاعرهم على العديد من المثيرات الغامضة، مثل بقع الحبر في اختيار روشاح، أو الصور في اختبار الوعي الذاتي الاستبطاني. أحياناً تكون الاختبارات الإسقاطية مناسبة في ظروف تعدد الثقافات حيث أنها تقلل من استخدام الكلمات،وبذلك تقلل من التحيز الثقافي. ومن الاختبارات الشخصية الأخرى الأكثر شيوعاً: اختبار رسم الرجل، واختبار الشخص - الشجرة - البيت. يرى كلارك (1995) - على الرغم من أن هذه الاختبارات قد تكون مفيدة في تعزيز العملية الإرشادية من خلال المساعدة في التغلب على المقاومة، والحصول على فهم دوافع المسترشد، وتحديد الأهداف، والحصول على خطة علاجية، إلا أن هناك محاذير في استخدامها.

أما الاختبارات العصبية - النفسية، " تستخدم لتقييم مناحي القوة ومناحي الضعف لدى الأفراد المضطربين عصبياً لتحديد علاقتها بأداء القشرة المخية " (new mark, 1985 ,p.383) . من بين العديد من الاختبارات العصبية -النفسية المحببة، وبطاريات الاختبار المستخدمة- اختبار بيندر - جيستالت، والذي ينطوي على جعل المسترشد ينسخ تسعة تصميمات مستقلة. يمكن وضع الدرجات لهذا الاختبار بوسيلة حدسية شخصية. أو بواسطة إجراء موضوعي في وضع الدرجات (Anastasi

& Urbina,1997). ومن الاختبارات العصبية - النفسية الأخرى اختبار الذاكرة البصرية لبينتون، والذي يتطلب من المسترشد إعادة إنتاج 10 أشكال هندسية مختلفة. كلاً من هذين الاختبارين يقدمان دليلاً على تلف المخ، ولكن لا ينبغى استخدامها كوسيلة وحيدة لعمل التشخيص، بل يقترح بيجلر و إيهيرفورث (1981) أنه يجب تجنب الاعتماد على اسلوب بندر على أنه أسلوب عصبى - نفسى وحيد فى محاولة لتكوين منهج شامل للتقويم والتشخيص، وأعد الباحثون العديد من بطاريات الاختبار العصبية - النفسية أشهر اثنان هما بطارية الاختبارات العصبية - النفسية لهولستيد - ريتان، والبطارية العصبية النفسية للوريا نيبراسكا. اختبار هولستيد - ريتان - والذى يمكن استخدامه من الأفراد البالغين من العمر 15 عاماً فأكثر. يتألف من الناحية الفنية من 10 اختبارات، اثنان منها تعتبر إجراءات مترابطة (Newmark , 1985) . تشتمل البطارية الرئيسية على اختبار التصنيف، إدراك أصوات الكلام، أنشودة شاطئ البحر، اختبار الأداء اللمسي، وتأرجح الأصبع، عمل المحاولات (أ) و(ب)، وتشخيص الحُبسة، والاختبار الإدراكي الحسي، أما الإجراءات الحليفة فهي مقياس ويكسلر لذكاء الكبار، قائمة مينيسوتا للشخصية متعددة الأوجه (الإصدار الثاني)، وقائمة مينيسوت للشخصية متعددة الأوجه (النُسخة المعدّلة). مقارنة ببطارية هولستيد - ريتان، فإن بطارية لوريان نيبراسكا تحتاج إلى وقت أقل للتطبيق (2/1 2 ساعة مقابل 6 ساعات أو أكثر)، كما أنها تعتبر أكثر معيارية، وتقدم تغطية كاملة للقصور العصبي (Anastasi & urbina , 1997).

- المقاييس اللامعيارية

يشير **جولدمان** (1990) إلى المقاييس اللامعيارية على أنها تقييم نوعي، حيث يذكر أن هذه الأشكال من التقييم لا تنتج درجات خام كمية كما تفعل المقاييس المعيارية. ومع ذلك، يقترح جولد مان أن التقييم النوعي له مميزات تتفوق على المناهج المعيارية (الكمية)، ومنها:

- تعزز "الدور النشط للمسترشد في عملية جمع واستخلاص المعنى من البيانات، وليس دور المستجيب السلبي الذي يتم تقييمة، وعمل التنبؤ بسلوكه،أو وضعه أو تشخيصه Goldman) .(1990 ,p.205
- تؤكد على "الدراسة الكلية للفرد وليس تجزئته والعمل على قياس عناصر محددة من شخصيته، .(Goldman,1990,p.205)
- تشجع المسترشدون على التعلم عن أنفسهم ضمن إطار عمل يتطور مع الوقت.
- فعالة في العمل الجماعي تحديداً -، حيث يمكن للمسترشدون التعلم عن الفروق الفردية بالإضافة إلى اكتساب الفهم عن أنفسهم في علاقتهم بالآخرين داخل المجموعة.
- تسعى لتحقيق التكامل بين التقييم وعملية الإرشاد النفسي، وليس إعاقة الطرق الإرشادية، كما هو الحال مع التقييم المعياري.
- من الممكن تعديلها بسهولة لتتناسب مع الفروق الفردية مثل التنوع الثقافي، والجنس، حيث أنها لا تحاول الحصول على قياسات دقيقة من العينات المعيارية.

من الممكن استخدام العديد من المقاييس المعيارية في العملية الإرشادية، بما في ذلك الملاحظة، التقييم السلوكي، التقييم البيئي. وفيما يأتي نقدّم وصفاً لهذه الإجراءات:

الملاحظة: إن قوة الملاحظة من الممكن أن تكون نوعاً كاشفاً جداً للتقييم العيادي. أيد فرويد قوة الملاحظة عندما قال: " هذا الذي له عين يرى بها، وأذن يسمع بها ربما يقنع نفسه بأنه لا يوجد قاتل يمكن أن يخفى سراً. إذا بقيت شفتاه صامتتان، فسوف يتحدث بأطراف أصابعه، فالخديعة تتسرب من كل المسامات في جسمه " (freud, 1953 , pp77 -78) . كما ذكر فرويد، يمكن للمرشد أو المعالج الماهر أن يتعلم كثيراً من خلال مشاهدة وملاحظة ما يحدث أثناء الجلسة الإرشادية.

وصف إيفي (1999) باروث و هابر (1985) كيف يمكن للسلوك غير اللفظي تقديم معلومات قيمّة عن المسترشدون، ويمكن دمج ملاحظتهم في الاستعراض التالي. عند مراجعة هذه الأوجه للسلوك غير اللفظي، فإنه من المهم الانتباه إلى أي مدى تسهم قضايا التنوع مثل الثقافة والجنس في اختلاف الاتصال:

- اللمس: إن مقدار وطبيعة الاتصال الجسدي (بلغة اللمس) يمكن أن يقدما معلومات عن أشياء مثل التفاهم والتقارب البينشخصي، والقدرة على الاستجابة التعاطفية – وهكذا.
- التقارب: التقارب هو دراسة القرب أو البعد بين الناس. على سبيل المثال، الأفراد الذين يسعون من أجل الاقتراب الجسمي قد يكونوا يسعون إلى المودة، في حين أن أولئك الذين يرغبون في وجود فضاء أو بُعد من الممكن يكونوا يسعون لإشباع حاجات مثل الأمان.
- الحركات: ترتبط الحركات بالكيفية التي تسهم بها حركات الجسم في التواصل. من الممكن أن يتم تعلم الكثير من خلال لغة الجسد لدى المسترشد. على سبيل المثال، تقاطع الزراعيين ممكن أن يشير إلى التردد أو المقاومة، التمايل أو الاتكاء للأمام يمكن أن يوحي بالاهتمام، الاتكاء للخلف يمكن أن يوحي بالخوف أو الملل.
- السلوك الجسمي التلقائي:الاستجابات التلقائية مُعبّرة جداً وتقدم معلومات لا يستطيع المسترشد السيطرة عليها. على سبيل المثال، سرعة التنفس تشير إلى القلق أو العصبية، واحمرار الوجه يشير إلى الارتباك.
- وضوح الصوت: إن وضوح صوت المسترشد وكيفيته يمكن أن يقدّم معلومات هامة للمرشد النفسي. فالتغيرات في معدّل، وحجم، ونغمات الصوت يمكن أن توصّل رسائل مختلفة. على سبيل المثال، الترددات، والتوقفات يمكن أن تشير إلى الضغوط والتوتر، والارتباك.
- تعبيرات الوجه: التجهمات، والابتسامات، ورفع حواجب العين كلها توصّل أشياءً مهمة عن الحالة الانفعالية للمسترشد.
- التواصل البصري: يميل المرشدون النفسيون الطلاب إلى الاسترخاء عندما يتكلم المسترشد عن موضوع شيق، وينكمشوا عندما يشعرون بالملل أو عدم الارتياح. بالإضافة إلى ذلك، يميل المسترشدون إلى النظر بعيداً عندما يتحدثون عن شئ مزعج أو مسبب للاكتئاب.

من الممكن للمرشدين النفسيين أيضاً التعلم من خلال ملاحظة المسترشدون في الأوضاع الطبيعية. يشير جولدمان (1990) إلى هذه العملية على أنها التظليل، والذي يعرفه بأنه " إتباع شخص ما خلال أوقات معينة في اليوم لملاحظة كيف يتصرف المسترشد في مواقف الحياة الواقعية (الطبيعية)، هناك العديد من المحاولات لإجراء ملاحظات ميدانية، على سبيل المثال، ملاحظة تلميذ في حجرة الدراسة، وفي حافلة المدرسة، وفي ساحات المدرسة لتقييم المهارات الاتصالية لديه، وملاحظة أم أو أب مع طفل حديث الولادة لتحديد درجة الترابط، وإجراء جلسة أسرية أو زواجيه في بيت المسترشد لملاحظة الأسرة في مسكنها الطبيعي، وملاحظة الوظائف الإدارية للمدير في الموقع المؤسسي.

- التقييم السلوكي: إن التقييم السلوكي – الذي انبثق من علم النفس السلوكي – ينطوي على القياس المنتظم للسلوكيات التي يمكن تعريفها على نطاق واسع بأنها تشتمل على التوجهات، المشاعر، والمعارف (sundberg,1977). في التقييم السلوكي، ربما يستخدم المرشدون النفسيون العديد من الإجراءات، بما في ذلك الملاحظة المباشرة في البيئة الطبيعية، قوائم فحص المشكلة، التقارير الذاتية، والسجلات Anastasi & urbina ,1997) (sundberg,1977 , . يمكن أن يرتبط التقييم السلوكي مباشرةً بالعلاج من خلال استخدام التصاميم القائمة على دراسة الحالة، مثل تصميم أ- ب و أ- ب- أ المرحلة (أ) تنطوي على الحصول على الخط القاعدي للسلوك المشكل قبل العلاج. أما المرحلة (ب)، فتقيّم السلوك بعد العلاج. السلوكيات التي يتم تسجيلها أثناء المرحلتين (أ)، (ب) يتم وضعها في شكل بياني لتقديم مقياس للتغيير السلوكي قبل وبعد العلاج. الفصل الخامس من هذا الكتاب يقدّم معلومات إضافية عن تصميمات الفرد الواحد.
- التقييم البيئي الإيكولوجي: التقييم البيئي (أيضاً يُعرف أو يُشار إليه على أنه التقييم الإيكولوجي) ينطوي على النظر إلى العوامل البيئية مثل القوى الإجتماعية – الثقافية في تقييم الأداء النفسي. هذه النظرية للاتصال مع الآخرين لها خصائص مشتركة مع النظريات الأخرى، مثل العلاج النفسي الأسري، العلاج النفسي البينشخصي، والنظريات المستقبلية. يعترف العلاج الأسري بالحاجة لتقييم الأفراد من منظور النظم الاجتماعية. أما العلاج النفسي للاتصال مع الاخرين، فيشبه العلاج الأسري في أنه يؤكد على دور العلاقات الشخصية في الصحة النفسية. أما النظريات المستقبلية، فهي مثل البنائية الاجتماعية، تؤكد أيضاً على دور القوى الاجتماعية الثقافية في التقييم. لاحظ وولش (1990) أن أي تقييم يكون ناقص بدون تقييم البيئة؛ لتحديد كيف يدرك المسترشدون بيئتهم وكيف تؤثر هذه المدركات على سلوكهم. التقييم البيئي هام عند تحديد أسباب المرض. فالمرشد النفسي الذي لا يضع في الاعتبار العوامل البيئية ربما يعزو الاضطراب النفسي إلى قوة داخلية، بمعنى قوى داخل الفرد، بدلاً من اعتبار العوامل البيئية مثل الفقر هي المسؤولة.

لقد أصبحت العملية الإرشادية على وعي ببعد تعدد الثقافات، الحاجة لتضمين تقييم العوامل الاجتماعية - الثقافية عند إجراء تقييم بيئي - تمثل البيئات العديد من أدوار الحياة، مثل العمل، الزواج، والأسرة، والبيئة الإجتماعية، والبيئة الروحية، وتتأثر بالعديد من القوى مثل الحرب والسلام، الفقر والغنى، والقهر والاحترام المتبادل. هذه القوى البيئية يمكن أن تعزز الفرد، وتسهم في إشباع الحاجات، أو قد تكون مصدراً للتوتر وعدم الرضا. إن إدراك الفرد للبيئة يلعب دوراً أساسياً في خبرات الفرد. بالنسبة لبعض الأفراد، فإن بيئة العمل غير المنظمة تمثل تحدياً، في حين تمثل مصدراً للتوتر والضغوط بالنسبة لآخرين. القوى الاجتماعية التي تستحق الاهتمام تشتمل على كيفة شعور المسترشدون ببيئتهم التي يعيشون فيها، ومع من يعيشون، واتجاهاتهم نحو وظائفهم، وأسرهم، وأصدقائهم.

حدد توبر (1985) عوامل ثقافية ينبغي على المرشدين النفسيين مراعاتها أثناء عملية التقييم، ويذكر أن من المهم تقييم المستوى الثقافي للمسترشد لتحديد ما إذا كانت الاتجاهات التقليدية في الإرشاد تناسب أم لا.

بالإضافة إلى ذلك، يرى أن من المهم -بل تعتبر ميزة- أن يحدد المرشد الطريقة التي يرى فيها أفراد ثقافة معينة حالة المسترشد، ثم يقيّم المسترشد من حيث أشكال النمو النفسي في ضوء المعايير الخاصة بثقافته.

يقدم **هيرشونسون ورفاقه** (1996) معلومات أخرى تتعلق بالتقييم البيئي. فقد /أبدوا اهتماما متزايداً بدور البيئة في الأداء النفسي، ولديهم قناعة أن البيئة - في كثير من الحالات - هي المصدر الرئيسي لمشكلة المسترشد كما أنها المستهدفة من التدخل الإرشادي. يصف هيرشونسون ورفاقه نظريات واستراتيجيات للتقييم البيئي، والتي تشتمل على النظريات السلوكية (البيئة هي التي تشّكل السلوك)، ونظرية الحاجة والضغوط (العلاقة بين الحاجات والضغوط البيئية)، ونماذج المناخ الاجتماعي (اتجاه النظم الذي يراعي أيضاً إدراك الفرد للأحداث البيئية). هذه النظريات تصف تفاعلاً معقداً بين كل فرد والبيئة.

إن استراتيجيات التقييم البيئي موجهة نحو تحديد مدى الانسجام بين المسترشد والبيئة. في هذه العملية، من المهم تقييم كيفية تأثير القوى البيئية المختلفة في بعضها بعضاً، مثل الضغوط في العمل، والأداء في البيت، والحصول على قراءة دقيقة لإدراك الفرد لهذه القوى. عدّل هيشونسون ورفاقه (1996) معلومات من هيبنر (1980) في الخطوط الإرشادية التالية للتقييم البيئي:

1- لابد من مراعاة كل جوانب البيئة بشكل مستقل، علاقة بعضهما ببعض.

2- الأدوات المستخدمة في التقييم ينبغي أن تقدم معلومات عن مصادر الضغوط في البيئة.

3- ينبغي الاستفادة من إجراءات وإستراتيجيات متعددة عند تقييم العلاقات المعقدة بين الفرد والبيئة.

4- ينبغي تمييز العلاقة بين البيئة المدركة والبيئة الموضوعية (الواقعية).

5- ينبغي أن تتمتع أدوات التقييم بدرجة عالية من الثبات والصدق من أجل الهدف الذي وُضعت من أجله.

يبدو أن التقييم البيئي يُضيف بعداً آخر هاماً إلى عملية التقييم، حيث إنه يوسع من آفاق التقييم إلى أبعد من الفرد ليشتمل على تقييم الأفراد في سياق البيئة الاجتماعية، ويبدوا أنه يقدم أملاً ووعداً عن دور القوى الاجتماعية الثقافية في الأداء النفسي.

التشخيص DIAGNOSIS

المنظور التاريخي

يمكن أن تعود عملية التشخيص إلى فترة ما قبل الكلاسيكية في اليونان (Nathan & harris 1980). لقد كان اليونانيون قادرون على تحديد النواتج السلوكية للمرحلة العمرية، ونواتج الصحة النفسية لاستخدام أو تناول الكحوليات. بعد ذلك، وأثناء الحقبة الكلاسيكي، حدد اليونانيون، ووضعوا الاضطرابات النفسية التي مازالت معروفة حتى اليوم مثل الخبل، البارانويا، والكآبة.

لم يتم تنمية التصنيف النفسي للاضطرابات النفسية إلا مؤخراً. حدد روسينهان و سيليجمان (1995) العديد من الأفراد المهمين والرئيسيين الذين كان لهم إسهام في هذه العملية. فقد قسّم فيليب بينيل (1826-1745) - وهو طبيب نفسي مصطلح - الاضطرابات النفسية إلى الكآبة، والخبل (مع أو بدون هذيان الحمى)، الجنون، والبلاهة. في حين طوّر إميل كرابيلين (1856 - 1926) أول نظام شامل لتصنيف الاضطرابات النفسية بناءً على النموذج الطبي. ومن هذا المنطلق، أعتقد كرابيلين أن كل الاضطرابات الطبية لها أصل جسمي وأن التشخيص يحتاج إلى تقييم واعي وحذر للأعراض. حدد روسينهان و سيليجمان العديد من الأشخاص الآخرين مثل: إيجين بلوتر و أدولفر ماير اللذان قدّما نظامهما في التشخيص. على الرغم من أن كل نظام من هذه النظم التشخيصية كان جديراً بالاهتمام، فإن هناك حاجة لنظام مترابط للتشخيص. ولقد أدى هذا إلى تطوير الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية في عام 1952. ولقد خضع هذا الدليل لكثير من المراجعات والتنقيحات، وكان آخرها عام 2000.

استخدامات التشخيص: التشخيص جانباً هام من جوانب العملية الإرشادية. يصف روسينهان و سيليجمان (1995) أربعة أسباب لعمل التشخيص:

1- يخفف عبء التواصل بين الأطباء: يمكّن التشخيص الأطباء من دمج الأعراض المتعددة للمسترشد في تشخيص واحد يمكن للآخرين فهمها بسهولة.

2- يقترح إمكانات العلاج: التشخيص يمكن أن يساعد الأطباء على الاختيار من بين الخيارات العلاجية الممكنة. على سبيل المثال، لا يستجيب الفصام البارانويدي بشكل جيد للعلاقات النفسية اللفظية.

3- من الممكّن أن يوصل معلومات عن أسباب المرض. على سبيل المثال، أحد العوامل السببية الرئيسية المرتبطة بالفصام هو فرط الناقل العصبي: دوبامين في المخ.

4- يساعد في البحث العلمي: يساعد التشخيص في تجميع الأعراض معاً بحيث يمكن دراستها بشكل متكامل لتحديد أسباب المرض واستراتيجيات العلاج.

يذكر وودي ورفاقه (1989) أن بعض المرشدين النفسيين ينفرون من التشخيص لأنهم يعتقدون أنه عملية حُكمية تصنف المسترشدون، حجتهم في ذلك هي أن التشخيص أكثر من عملية تصنيف، كما أنه يجب أن يقدّم أيضاً تحليلاً لأداء المسترشد لتحديد العلاج المناسب.

الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية (الإصدار الرابع) وهو نظام تصنيفي لكل الاضطرابات النفسية المعترف بها – نظام تقييم متعدد المحاور يقدّم معلومات موزعة على خمسة محاور مستقلة:

المحوران الأول والثاني: المحوران الأول والثاني يشملان النظام الكلي للاضطرابات العقلية، وكلها موزعة بين إما المحور الأول، أو المحور الثاني عند إجراء التشخيص الفارق، يمكن للأطباء استخدام أشكال القرار التي تصف الأعراض المرتبطة بالاضطرابات العقلية المتعددة في نظام الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية لاستبعاد اضطرابات معينة. يُستخدم المحور الأول لكل الاضطرابات العقلية ماعدا اضطرابات الشخصية، والتخلف العقلي، حيث يوضعان في المحور الثاني. كما يمكن استخدام المحور الأول لتسجيل المشكلات الإرشادية التي لا تصنف ضمن الاضطرابات العقلية ولكن تحتاج إلى انتباه مهني أو علاج مهني. هذه المشكلات يُطلق عليها شفرات (كود) V، وتشتمل على العديد مما يسمى مشكلات الحياة مثل المشكلات بين الزوجين، والمشكلات بين الوالد والطفل. تجدر الإشارة إلى أن التشخيص المتعدد يمكن تسجيله على المحورين الأول والثاني. على سبيل المثال، في حالة رجل يبلغ من العمر 45 عاماً، له تاريخ من إساءة استخدام الكحولات يمر الآن بالاكتئاب. واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. هذه الاضطرابات يمكن تسجيلها على كل محور كالآتي:

المحور الأول	296.22	الاكتئاب الرئيسي، حدث واحد، متوسط
	305.00	إساءة الكحولات
المحور الثاني	301.70	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

الأمثلة التالية توضح كيف يسجل الأطباء وجود أو عدم وجود التشخيص على المحور الأول والمحور الثاني:

مسترشد يبلغ من العمر 12 عاماً، ولدية تخلف عقلي

المحور الأول	V 71.09	لا تشخيص أو حالة على المحور الأول
المحور الثاني	317	تخلف عقلي بسيط

المسترشد الذي لديه اضطراب عقلي ولكن يتلقى المساعدة لمشكلة زوجية:

المحور الأول	V 61.10	مشكلة في العلاقة الثنائية
المحور الثاني	V 71.09	لا تشخيص على المحور الثاني

عند عمل تشخيص على المحور الأول أو المحور الثاني، لابد للأطباء تحديد التشخيص الرئيسي أو الحالة الرئيسية. التشخيص الرئيسي يقوم على الحالة المسؤولة بشكل رئيسي عن التقييم، وسوف تكون هي محور الاهتمام. عند عمل تشخيص أو أثنين على نفس المحور، ينبغي أن يقوم الطبيب بعمل قائمة بالتشخيص الأساسي أولاً على هذا المحور عند عمل تشخيصات على كلا المحورين، ينبغي أن يوضح الطبيب التشخيص الأساسي، كما يظهر من المثال التالي:

المحور الأول	309.24	اضطراب التكيف مع القلق
المحور الثاني	301.20	اضطراب الشخصية الفصامية (التشخيص الرئيسي)

كما يقدم الدليل الإحصائي التخشيصي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) آلية لتوضيح درجة التأكد من التشخيص. قد يكون لدى الطبيب معلومات غير كافية لعمل تشخيص على المحور الأول أو المحور الثاني.

عندما يحدث ذلك، يمكن أن يستخدم الطبيب الترميز أو الإشارات 799.9011 (التشخيص المؤجل أو الحالة المرجأة) على المحور المناسب، كما يتضح من المثال التالي:

المحور الأول	779.90	التشخيص أو الحالة المؤجلة على المحور الأول
المحور الثاني	779.90	التشخيص أو الحالة المؤجلة على المحور الثاني

كما يمكن للطبيب أيضاً أن يقوم بعمل تشخيص مؤقت على أي محور من المحورين، والذي يتطلب تقييم إضافي قبل التشخيص النهائي. المثال التالي يوضح كيفية تسجيل الطبيب التشخيص الشرطي المؤقت:

المحور الأول	292.22	اكتئاب رئيسي، حالة فردية، متوسط (شرطي مؤقت)

المحور الثالث: يسمح المحور الثالث للطبيب بتوضيح ما إذا كان هناك اضطراب طبي حالياً أو حالة طبية حالية لها علاقة بحالة معينة. على سبيل المثال، قد يعاني الشخص من الزهري، والذي قد يكون مسؤولاً عن إنتاج هلوسات. لو أن الحالة كذلك، فإن الطبيب سوف يسجل تشخيصاً لزهري غير مُعالج على المحور الثالث.

المحور الرابع: يقدّم المحور الرابع معلومات تتعلق بالمشكلات البيئية والنفسية – اجتماعية يمكن أن تؤثر على تشخيص أو علاج الاضطراب العقلي. عموماً، هذه هي المشكلات التي حدثت أثناء العام الماضي، ولكن يمكن أن تتسع إلى أبعد من إطار الزمن لو أن للأحداث تأثير على الحالة العقلية الحالية للمسترشد – ومن أمثلة ذلك المحارب الفيتاميني. هناك فئات معينة لوصف ظروف المسترشد، بما في ذلك المشكلات البيئية والنفسية – الاجتماعية مثل المشكلات التعليمية أو المشكلات الوظيفية. يمكن عمل قائمة بأكثر من مجال للمشكلات. على سبيل المثال، مسترشد على وشك أن يُطرد من المدرسة ويخسر وظيفته المؤقتة، يمكن تسجيله كالأتي:

المحور الرابع الصعوبات الأكاديمية

التهديد بفقد الوظيفة

من الممكن أن تصبح بعض المشكلات البيئية والاجتماعية – النفسية هامة في علاج المسترشد حتى أنها تصبح هي محور اهتمام الطبيب المعالج. عندما يحدث ذلك، فإن هذه المشكلة تُسجل على المحور الأول على أنها شفرة V (كما أوضحنا سابقاً في وصف المحور الأول)، كما في المثال الأتي:

المحور الأول	V 62.3	المشكلة الأكاديمية
	V 62.3	المشكلة المهنية

المحور الخامس: يسمح المحور الخامس للأطباء بتوضيح المستوى الأدائي الإجمالي للمسترشد (من حيث الأداء المهني، والاجتماعي، والنفسي). يُستخدم مقياس التقييم الشامل للأداء – والذي يتراوح ما بين 0-100، حيث 100 تشير إلى أفضل أداء، و صفر تشير إلى وجود اضطراب في الأداء وواحد تشير إلى مسترشد ضعيف جداً في الأداء – لترتيب المسترشد. ينبغي أن يسجّل الطبيب الدرجة في مقياس التقييم الشامل للأداء، والزمن. الذي أجري فيه التقييم (مثلاً: أعلى مستوى في العام الماضي، عند القبول، عند التخرج) يمكن تسجيل شخص كان يعاني من أفكار انتحارية خطيرة عند دخوله في المستشفى كالأتي:

المحور 5 مقياس التقويم الشامل للأداء = 50 (عند الدخول)

دراسة حالة: الدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية النسخة المعدلة والذي أعده سبيتز ورفاقه (2000) أداه تعليمية ممتازة للمرشدين النفسيين حيث يحصلون من خلاله على خبرة في استخدام الدليل. باستخدام العديد من دراسات الحالة عن الأطفال، والمراهقين، والكبار، يصف المؤلفون كل حالة، ويقدمون التشخيص من خلال الدليل، ويشرحون مبررات التشخيص. فيما يلي مستخلصات من كتاب الحالة (spitzer et al.,2000 ,pp.323-325)، مثال على كيفية تطبيق العملية التشخيصية للدليل على الحالة (American psychiatric publishing , inc.: spitzer t al.,2002) "القناص".

"ليا" طفله تبلغ من العمر 7 سنوات، وقد أحالها معلمها إلى التقييم بسبب بكاءها المستمر، وعصبيتها وصعوبتها في التركيز في غرفة الدراسة. منذ شهرين ونصف مضت، كانت "ليا " وسط مجموعة من الأطفال، احتجزهم قناص في ساحة المدرسة، وبعد 15 دقيقة، قتل القناص طفلاً، وجرح العديد. بعد توقف إطلاق النار، لم يتحرك أحد حتى جاء الشرطة، وأقتحمت مكان القناص، ووجدوه قد قتل نفسه. "لي" لا تعرف الطفل المقتول، ولا تعرف القناص أيضاً.

قبل موضوع إطلاق النار هذا، كانت ليا -وفقاً لما قاله معلمها- خجولة، ولكن مرحة، وتتصرف بشكل جيد، كما أنها كانت تلميذة جيدة. ولكن خلال بضعة أيام بعد هذا الحدث، كان هناك تغيّر ملحوظ في سلوكها، فقد انسحبت من مجموعة الأصدقاء، وبدأت تتشاجر مع أطفال آخرين عندما يتحدثون معها. كما فقدت اهتمامها بالعمل المدرسي، كانت بحاجة دائمة إلى من يحثها على المثابرة في المهام المطلوبة. لاحظ المعلم أن ليا كانت تقفز عندما يكون هناك هدوء.

شعرت أسرة ليا بالارتياح عندما أُحيلت ليا للعلاج، لأنهم لم يكونوا على دراية بما يمكنهم فعله لمساعدة طفلتهم. عندما كان يسألها الوالدان عن حادثة القنص، كانت تظل صامته وهادئة على غير العادة. في البيت، كانت ليا متقلبة المزاج، عصبية، مخيفة، مثيرة للجدل والخلاف. كانت قلقة من المواقف الجديدة، وخائفة من البقاء وحدها، وتصر على أن يصطحبها شخص آخر للحمام. كانت ليا تطلب كثيراً أن تنام في حجرة والديها. كانت قلقة في نومها، وبين الفترة والأخرى كانت تصرخ في منامها، كانت دائماً متعبه، أو يبدو عليها ذلك، وتشكو من أوجاع جسمية، وتشك في أنها مصابه بأمراض جسمية. لقد ارتفعت درجة القلق لدى والديها عندما مرت ليا أمام سيارة وهي ليست في وعيها. على الرغم من أنها لم تبدو مهتمة بأي لعبة من ألعابها، إلا أن والديها يرون أنها كانت تصطحب أخواتها في ألعاب الروضة، التي كانت مهتمة بها جداً عندما سؤلت عن الحدث في المقابلة، قالت ليا أنها كانت تحاول يائسة أن تختبئ خلف برميل للقمامة عندما سمعت طلقات النار بشكل متكرر. لقد كانت خائفة من أن تموت بالرصاص، وكان كل جسمها يرتجف، كان دقات قلبها سريعة، ورأسها يؤلمها، كما ذكرت أنها رأت الطفل القتيل وهو يقع على الأرض، ينزف، وفاقد للحركة. بعد ذلك ركضت طلباً للأمان بعد توقف الطلقات النارية. وصفت ليا صور الطفلة المصابة مراراً وتكراراً وهي ترقد على أرضية ساحة المدرسة، وتنزف. كما ذكرت أن تفكيرها في الحدث أحياناً يفقدها الوعي، على الرغم من أنها تحاول التفكير في شئ آخر. وفي الفترة الأخيرة، لم تعد تتذكر ما يُقال في حجرة الدراسة.

لم تعد ليا تلعب في المنطقة التي وقع فيها الحادث. بعد اليوم المدرسي، كانت تتجنب أن تسير في هذه المنطقة في طريقها من البيت إلى المدرسة كل يوم، وكانت تتجنب أن تسير بجوار منزل القناص أو الشارع الذي كان يعيش فيه. كان أكثر يوم تشعر فيه بالخوف يوم الجمعة، نظراً لوقوع الحادث فيه. على الرغم من أن أباها وأمها كانا يهدءان من روعها، إلا أنها لم تكن تعرف كيف تخبرهما عن شعورها في تلك اللحظة. كانت ليا تخاف من أن أحداً سوف يطلق عليها النار هي الأخرى. لقد كانت ترى كوابيس عن طلقات الرصاص، وأحلام ترى أنها هي أو أحد أفراد أسرتها يُطلق عليهم النار. لقد كانت تهرب مسرعة من أي " ضوضاء " سواء في البيت أو عند الجيران. على الرغم من

أنها لم تكن لديها الرغبة في اللعب، إلا أنها تُسأل عن ألعاب جديدة، كانت تلعب ألعاب تكون فيها المعلمة تساعد طفلاً جريحاً. بدأت ليا في مشاهدة أخبار التلفزيون عن العنف، وتعدّ القصص الجديدة التي تظهر أن العالم ملئ بالخطر.

مناقشة " القنّاص "

لقد مرت ليا بحدث صدمة ينطوي على موت حقيقي أو تهديد بالموت أو أذى خطير لها ولزملائها، مما تسبب لها بالخوف الشديد، والعجز، والرعب. خلال بضعة أيام من الصدمة، بدأت ليا تظهر أعراض لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الحادة (DSM-IV-TR,P.467) . نظراً لأن فترة الأعراض كانت أقل من ثلاثة أشهر، نحن حددنا " حاد ". على الرغم من أن الكبار لديهم أحياناً " استرجاع لمشهد الحادثة "، والذي يمرون فيه بموقف كما لو كان يحدث حالاً، إلا أن الأطفال نادراً ما يمرون باسترجاع الصدمة بهذه الطريقة. كما هو الحال بالنسبة للأطفال ممن في عمرها، فإن ليا عاودت المرور ذهنياً بتجربة الصدمة في شكل تصورات اقتحامية، وواقعة حالاً، وتجمع للحدث نفسه، وأحلام مخيفه عن هذا الحدث. كما أنها تدمج موضوعات من الحدث في موضوعات متكررة في اللعب.

كانت ليا تحاول تجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة والأماكن التي تذكرها بالحدث. هذه الفتاه التي كانت مرحة قبل ذلك، أصبحت الآن تظهر تبلد في الاستجابة العامة. لقد أصبحت غير مهتمة بالعمل المدرسي، وانعزلت عن أصدقائها السابقين. لقد كانت تظهر أعراضاً للإثارة المتزايدة، والمتمثلة في ردة الفعل المعبرة عن الخوف المفاجئ (من الأصوات العالية)، (القلق، صعوبة في التركيز، واضطرابات النوم).

في محاولتنا لعمل تقييم متعدد المحاور، قمنا بالفحص على المحور الرابع "المشكلة المرتبطة بالتفاعل مع النظام القانوني / الجريمة"، وتحديد "ضحية هجوم القناص". نظراً للأعراض الخطيرة والاضطراب في علاقاتها الاجتماعية والعمل المدرسي، نحن نحدد درجة 45 على التقويم الشامل للأداء.

تشخيص الدليل الإحصائي والتشخيص للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) لليا كالآتي:

المحور الأول	309.81	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
المحور الثاني	V 71.09	لا يوجد تشخيص على المحور الثاني
المحور الثالث		لا يوجد
المحور الرابع		المشكلة المرتبطة بالتفاعل مع النظام القانوني/الجريمة (ضحية هجوم القناص)
المحور الخامس		التقويم الشامل للأداء: 45 (الحالي)

المقابلة الإكلينيكية The Clinical Interview

تقدم المقابلة الإكلينيكية بنية لاستيعاب المعلومات التى تتعلق بالتقويم والتشخيص. يذكر ماى (1990) أن المقابلة الإكلينيكية أحد إجراءات التقييم الأكثر استخداماً، حيث أنها تخدم أغراضاً

متعددة: تقديم المعلومات عن مشكلات وهموم المسترشد، لتمكّن المرشد النفسي من الحصول على المعلومات التاريخية الضرورية، بما في ذلك العوامل العضوية التي يمكن أن تكون قد أسهمت في حالة المسترشد، وتساعد في عملية التشخيص الفارق لتحديد ما إذا كان المسترشد يعاني من اضطراب عقلي معين. عادة ما تجري المقابلة الكلينيكية في بداية العملية الإرشادية، أثناء الجلسة الأولى أو الثانية. تسمح المقابلة الكلينيكية للمرشد النفسي بالحصول على المعلومات الهامة وتحديد ما إذا كان المسترشد يعاني من اضطراب عقلي، أم أنها حالة من الأزمة التي تحتاج إلى انتباه فوري. يمكن بناء المقابلة وفقاً للتوجه النظري للمرشد النفسي والقضايا والهموم الخاصة بالمسترشد.

لقد أعدَدتُ نموذجاً من أربعة مراحل للمقابلة العيادية: استخدام مهارات الاستماع، وتسجيل تاريخ المسترشد، إجراء فحص الحالة العقلية، واستخدام المقاييس المعيارية واللامعيارية. هذه المراحل الأربعة تقوم بوظائف متداخلة، ولا يجب النظر إليها أو اعتبارها على أنها مراحل منفصلة. على سبيل المثال، ربما يحصل المرشد النفسي على معلومات مفيدة عن تاريخ المسترشد وحالته العقلية أثناء استخدام مهارات الاستماع. فيما يأتي نقدم استعراضاً لهذه المراحل الأربعة:

• **المرحلة الأولى**: استخدام مهارات الاستماع: يمكن أن يبدأ المرشدون النفسيون المقابلة الكلينيكية باستخدام مهارات الاستماع للحصول على فهم لنفسية المسترشد الداخلية. أيضاً يمكن للمرشدين النفسيين استخدام مهارات الاستماع لتحديد ما إذا كان المسترشد أُحيل من نفسه، وما الذي شجعه على المقابلة، ولجمع المعلومات التي تصف المشكلة الحالية والهموم التي تمثل الأساس لهذه المشكلة.

• **المرحلة الثانية**: تسجيل تاريخ المسترشد: ربما يعطي المرشد النفسي الاهتمام بتاريخ المسترشد بعد أن يتيح لهم الفرصة لمناقشة موضوعاتهم المهمة، ويمكن تقسيم هذا التاريخ إلى جزأين: الجزء الأول ينطوي على تقديم المسترشد لمعلومات عن العمل، الأسرة، العلاقات الاجتماعية، الصحة، والمجالات الأخرى من الاهتمام مثل نقاط التحول الهامة في حياة المسترشد. يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون الاستمارات كطريقه فعاله لجمع هذا الجزء من التاريخ. أما الجزء الثاني من التاريخ فينطوي على استكشاف أعراض وهموم المسترشد مثل صعوبة النوم، فقدان الشهية، المشكلات الزوجية، من حيث البداية، المدة، والحدة.

هذه المعلومات يمكن أن تساعد المرشد النفسي في الحصول على فهم شامل وأفضل عن حالة المسترشد كما أنها قد تكون مفيدة على وجه الخصوص – في التشخيص، حيث النظم الرئيسية للتشخيص مثل الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) يتطلب هذه المعلومات لعمل تشخيص فارق. من المهم عند الحديث عن الناحية التاريخية للمسترشد السعي إلى، معرفة دور العوامل العضوية التي يمكن أن تؤثر في الاضطراب ومهمة في علاج الاضطرابات العقلية. هذه العوامل تشمل على أن نتعرف على دور الكحول والعقاقير، والأدوية الموصوفة،

والحالات الطبية الماضية والحاضرة. على سبيل المثال، الاستخدام المفرط للكحول يمكن أن يؤدي إلى هلوسات، ينتج عنها اضطراب عقلي يسمى هلاوس الكحول – كثير من الأدوية الموصوفة تسهم في الأمراض المرتبطة بالاضطرابات العقلية (Othmer & Othmer,1989). على سبيل المثال، يمكن أن يسبب الأستروجين القلق والاضطراب، الأدوية المدرة للبول يمكن أن تحدث تهيجاً، قلقاً، أرقاً، أما الأنسولين فمن الممكن أن يحدث الارتباك. كما يمكن أن الحالات الطبية تصطحبها أعراض الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، أورام المخ يمكن أن تحدث الاكتئاب، إصابة الرأس يمكن أن تحدث القلق، تصلب الأنسجة يمكن أن يعزز القلق، الاكتئاب، والأعراض النفسية الحديثة يقدم أوثمر و أوثمر (1989) قائمة كاملة بالأدوية الموصوفة، والحالات الطبية والأعراض النفسية المرتبطة بها.

• **المرحلة الثالثة**: إجراء فحص للحالة العقلية: من الممكن أن يساعد فحص الحالة العقلية المرشدين النفسيين على عمل تشخيص تمييزي (فارقي). بالنسبة للمسترشد الذي يشكو من سماع أصوات معينة، ربما يعتبر المرشد النفسي الفصام كتشخيص ممكن. ثم يمكن للمرشد النفسي أن يستخدم فحص الحاله العقلية لاستكشاف ما إذا كان لدى المسترشد أعراضاً أخرى ترتبط بالفصام مثل الوهم، الانفعال غير المناسب، ما يدل على اضطراب التفكير. يصف تريباكسر و بيكر (1993) ستة مكونات ينبغي مراعاتها في فحص الحالة العقلية: –

1- **المظهر، الاتجاه، ومستوى النشاط**: من الممكن معرفة الكثير من خلال المظهر. فالملبس الغريب، والمظهر العام يمكن أن يشير إلى الانحراف عن الوضع السوي، والاضطراب العقلي. من الممكن أيضاً أن يقدم المظهر الجسمي بعض المعلومات عن الصحة الجسمية للشخص (مثلاً: الرشح الأنفي وغيرها يشير إلى إصابة بالبرد أو المرض). يرتبط الاتجاه بسلوك المسترشد أثناء المقابلة. وهذا يتراوح مابين المتعاون إلى العدائي، ويمكن أن يشير إلى أسلوب الفرد مع الآخرين وردود الفعل تجاه المرشد النفسي. أما مستوى النشاط، فيرتبط بدرجة وجودة الحركة الجسمية والحركية. بعض المسترشدون متسرعون، وهذا يشير إلى ميول انفعالية، بينما آخرون قليلون الحركة، وهذا يشير إلى الاكتئاب.

2- **المزاج والانفعال**: المزاج هو الحالة الانفعالية الداخلية للشخص، مثل السعادة، الحزن، أو القلق. والانفعال مظهر خارجي للكيفية التي يتم بها التعبير عن الوجدانيات. يتم توصيل الوجدان أو الانفعال لفظياً وغير لفظي بطرق عديدة – تعبيرات الوجه، نغمة الصوت أو نبراته، الضحك، والصراخ. من الممكن أن يكون المزاج والانفعال متناغمين ومناسبين (ويشيران إلى الصحة العقلية)، مثل الضحك عندما يكون الفرد سعيداً، أو غير متجانسين مثل الضحك عندما يكون الفرد حزينا (هذا يشير إلى احتمال وجود اضطراب عقلي).

3- **الحديث واللغة**: يرتبط الحديث واللغة بالتواصل اللفظي والمكتوب، ويشتمل على الكلمات، والمفاهيم، والأفكار. من الممكن أن تساعد واللغة في معرفة ان كان هناك مشاكل في الطلاقة (مثل التأتأة)، واضطرابات التواصل وصعوبات التعليم.

4- **عملية التفكير، محتوى التفكير، والإدراك**: عمليات التفكير لها علاقة بالكيفية التي نفكر بها، بينما محتوى التفكير موجه نحو ما نفكر فيه. من المعتاد أن تكون عمليات التفكير العادي متصلة (أو خطية) حيث تكون هناك فكرة واحدة تقود إلى الفكرة التالية. من الممكن أن تحدث المشكلات في عمليات التفكير (مثل اضطراب التفكير) في الفصام عندما يكون لدى الفرد صعوبة في البقاء على خط واحد من التفكير، وبدلاً من ذلك يقفز من موضوع إلى آخر، غير مرتبط. أيضاً قد يشير محتوى التفكير والإدراك إلى الصحة العقلية أو المرض. على سبيل المثال، من الطبيعي في الأمراض النفسية للمسترشدون أن يكون لديهم مشكلات في محتوى التفكير من حيث الأوهام، المدركات المرتبطة بالهلوسات.

5- **المعرفة**: تتألف المعرفة من مدى واسع من الوظائف العقلية بما في ذلك الذاكرة، والقدرة على التفكير والاستدلال، ومهارات حل المشكلات، والابتكار. ينطوي قياس المعرفة على العديد من المهارات والقدرات مثل تحديد درجة توجه الفرد (مثلاً: من هم وأين هم)، وقدرة الفرد على الانتباه، والتركيز، والتذكر، واستخدام التفكير المجرد لحل المشكلات المعقدة. من الممكن أن الفشل في استخدام القدرات العقلية الرئيسية يشير إلى وجود تلف في المخ مثل ما هو موجود في مرض الزهايمر.

6- **التبصّر والحكم**: ينطوي التبصّر والحكم على استخدام العديد من الوظائف العليا، والتي يشار إليها على أنها " الذكاء الوجداني " أو المعامل الوجداني. يمكن أن يشتمل الذكاء الوجداني على أشياء مثل الوعي الذاتي، القدرة على "قراءة المواقف الاجتماعية" لتحديد السلوك مع الآخرين، واستخدام مهارات صنع القرار الضروري للحكم السليم.

- **المرحلة الرابعة**: استخدام المقاييس المعيارية واللامعيارية: يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون المقاييس المعيارية واللامعيارية لتحسين الشروط التشخيصية، وخطة العلاج، على سبيل المثال، قد يشتمل بروفيل (الصفحة النفسية) قائمة مينيسوتا للشخصية متعددة الأوجه على مقاييس مرتفعة على 2 (الاكتئاب)، و 9 (تلف)، واللذان يسهمان في تشخيص الاكتئاب الجنوني. أما من حيث المقاييس اللامعيارية، قد يظهر التقسيم البيئي أن المسترشد يشعر بالاكتئاب من الحياة على الشاطئ الشرقي، يكره العمل في وظيفة مؤقتة، ويريد العودة مرة أخرى إلى المدرسة. المعلومات التي يتم الحصول عليها من التقسيم البيئي يمكن أن تكون مفيدة في فهم أسباب الاضطراب العقلي بالإضافة إلى أهميتها في التخطيط للعلاج. المسترشد المكتئب في المثال يمكن أن يفكر في العودة إلى المدرسة.

التخطيط للعلاج Treatment Planning

يمكن تعريف التخطيط للعلاج بأنه " مجهود معرفي منظم لتصميم برنامج يلخص مسبقاً الخطوات المحددة التي سوف يساعد بها المعالج النفسي المسترشد على الشفاء من الخلل الوظيفي الذي يعاني منه" (Makover,1992 , P.,383) تعّرف ليندا سيليجمان (1998) التخطيط للعلاج بأنه

الساعة الرملية، في البداية، يولّد المرشد النفسي مقداراً كبيراً من المعلومات أثناء مراحل التقسيم (مثل التاريخ الطبي، والنفسي، اجتماعي). هذه المعلومات تضيق وتتمحور حول موضوع معين في نهاية المطاف، وتولد تشخيصاً أو أكثر. ثم يتسعّ هذا التشخيص في اعتبار أهداف العلاج وأساليب واستراتيجيات الإرشاد المرتبطة به. ومن المهم أن ينتبه المرشد النفسي والمسترشد عند صياغة الخطة العلاجية لمشكلات المسترشد واضطراباته، وعند اختيار الأساليب العلاجية (Selig- man,1998) – على سبيل المثال، هناك ما يؤيد فرضية أن الأفراد المكتئبين ذو الخلل الوظيفي الاجتماعي يستجيبون بشكل جيد لعلاج مهارات الاتصال، وأن الأفراد ذو الخلل الوظيفي المعرفي يستجيبون بشكل جيد للعلاج السلوكي – المعرفي (shea, et al ., 1990). تقدّم الأبحاث معلومات إضافية عن التخطيط للعلاج من خلال وصف شامل لمتغيرات المسترشد (Garfgeld.,1994)، ومتغيرات المرشد النفسي (beutlerehal.,1994) يمكن الاقتراب من التخطيط للعلاج من عدة اتجاهات: الرعاية المنظمة، الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، استخدام المخططين للعلاج، والعوامل الشفائية. لابد أن يراعي التخطيط للعلاج – بدرجة كبيرة – المعايير المقبولة لدى منظمات الرعاية المضبوطة. على سبيل المثال، يذكر كيلي (1999) أن الرعاية المضبوطة سوف تستمر في طلب النماذج العلاجية المثبتة تجريبياً. كما أن الرعاية المضبوطة تؤيد فكرة أن الأسرع هو الأفضل. لقد أصبح العلاج الموجز المتمركز حول الحل هو القاعدة وليس الاستثناء. في الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، يميل التخطيط للعلاج إلى أن يكون ضيقاً في طبيعته ويركز على تخفيف العرض، وإعادة الفرد إلى الحالة الوظيفية بأسرع مما يمكن. التخطيط العلاجي التقليدي شامل، ويهدف إلى التعامل مع العديد من القضايا العيادية للوصول بالمسترشد إلى التنمية المثلى. تشترك كل اتجاهات التخطيط العلاجي في بعض العناصر – يحدد يونج (1992) وجهين للتخطيط العلاجي، فيما يبدو أنهما مفيدان في معظم التوجهات النظرية. أولاً، يصنع المرشد النفسي والمسترشد بشكل مشترك أهداف العلاج المتفق عليها بينهما، حسب الأولويات، وارتباطها بالإستراتيجيات الإرشادية. كما أن لدى المرشدين النفسيين عدداً متاحاً من الخطط العلاجية المفيدة التي يحددون من خلالها الأهداف الإرشادية والإستراتيجيات الإرشادية المرتبطة بها من أجل مشكلات إرشادية معلومة (مثل إدارة الغضب) والاضطرابات العقلية (Jongsma & Peterson.,1995). ثانياً، يستخدم المرشد النفسي العوامل المساعدة على الشفاء لتعزيز النجاح في عملية التخطيط للعلاج. هذه العوامل تبقي على علاقة إرشادية ايجابية، وتعزز من فعالية الذات لدى المسترشد، واحترامه لذاته ، وتخفض وترفع من الإثارة الانفعالية، وتزيد من الأمل والتوقعات، وممارسة السلوك، وتقدم خبرات تعليمية جديدة. إن هذه العوامل تعزز من الفعالية في كل مراحل العملية الإرشادية، على الرغم من أنه مازلنا بحاجة إلى بحوث متعمّقة لتحديد تأثيرها على المراحل المختلفة من العملية الإرشادية.

– **تصف المنشورات العديد من نماذج التخطيط العلاجي الشامل.** يستند نموذج سيليجمان (1998) إلى عمل خريطة للمسترشد، بمثابة خطة علاجية شاملة، تشتمل على عدداً من المكونات الإكلينيكية مثل التشخيص الكلي والأهداف العلاجية، طبيعة إجراءات التقييم المطلوبة، وخصائص المرشد النفسي التي قد تكون ميسّرة، أنواع التدخلات، والتنبؤ بالشفاء. جدول (12) يصف كل عنصر من عناصر مدخل سيليجمان:

جدول (12) استعراض لنموذج سيليجمان client map do a

عناصر النموذج			الوصف
d	التشخيص	DIAGNOSIS	التشخيص الاجمالي
o	الهدف	OBJECTIVE	أهداف العلاج
A	التقييمات	ASSESSMONTS	طبيعة الإجراءات التقييمية المطلوبة
C	الطبيب المعالج	CLINICIAN	خصائص المرشد النفسي الميسّرة
L	مكان العلاج	LOCATION OF TREATMENT	مكان العلاج (المدرسة أو المستشفى)
I	التدخلات Inter- ventions		
E	التأكيد على العلاج	EMPHASIS OF TREATMENT	أنواع الإستراتيجيات الإرشادية المستخدمة سلوكي ، معرفي ،وجداني ، دعمي ، موجه ... ألخ
N	طبيعة العلاج	NATURE OF TREAT MENT	فردي، جمعي، أسري، زواجي ... ألخ
T	الزمن	TIMING	متكرر، فترة، عدد الجلسات الإرشادية
M	الأدوية	MEDICATIONS	طبيعة الحاجة للعلاج
A:	الخدمات المساعدة	ADJUNCT SERVICES	أنواع الخدمات الإضافية المطلوبة مثل الخدمات الإنسانية
P:	التكهن	PROGNOSIS	مقدار التحسن المتوقع

أما العلاج متعدد المحاور لـلازوارس (1997,2000)، فهو منهج للإرشاد النفسي وطريقة للتخطيط العلاجي. فالمنهج الإرشادي يقوم على نظرية التعلم الاجتماعي، نظرية النظم العامة، نظرية التواصل والجماعة. يذكر لازوراس أن العلاج متعدد المحاور كان دائماً شكلاً موجزاً للعلاج النفسي يدمج الإرشاد المتمركز حول المشكلة، والمتمركز حول الحل، والتوجيهي النشط. يتميز العلاج متعدد المحاور الموجز بما يأتي:

- الإستراتيجيات الموجهة – النشطة التي تشتمل على تقديم النصيحة والواجبات المنزلية.
- التركيز التربوي – التعليمي (مثل التدريس المباشر والعلاج النفسي بالقراءة) لمساعدة المسترشدون على تعلم استجابات مجابهة فعالة.
- استخدام أساليب (الهوية الأساسية) BASIC ID كما هو موضح في الجدول (13) في التقييم، والتشخيص، والتخطيط للعلاج، وتحديد المشكلات الرئيسية، وأهداف الإرشاد النفسي.

- استخدام " الحلول الرائعة " (من مصادر مثل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لإليس (1996) لتقديم مناهج موجزة شاملة لحل المشكلات.

يصف لازاروس (1993) العلاج متعدد المحاور بأنه شكل من الانتقاء الفني الذي يدمج النظرية المعترف بها مع الإستراتيجيات الإرشادية من نظريات أخرى، ولذلك فإن له ميزة عن الاتجاهات الأخرى، لأن النظريات المختارة في العلاج متعدد المحاور تقدم معايير محددة لاتخاذ القرار من أجل التخطيط للعلاج. يمكن تلخيص محاور العلاج متعدد المحاور في اللفظة الأوائلية BASIC ID، والتي تُراعي سبع صور تقدم الأساس للتخطيط العلاجي (انظر جدول 13).

جدول (13) نموذج لازاروس BASIC ID

عناصر النموذج			الوصف
b :	السلوك	behavior	الأفعال التي يقوم بها الناس (مثل: الانسحاب أو التجنب)
a :	التأثير	affect	الحالات الوجدانية (مثل: الاكتئاب والقلق)
s :	الحساسية	sensation	المشاعر المشتقة من حواس الجسم (مثل الفراغ)
i :	التصور	Imagery	التصورات (مثل أحلام اليقظة ، والخيال)
c :	المعرفة	cognition	الأفكار والتفكير (مثل: أتمنى أن لو كنت ميتاً)
i :	العلاقات مع الآخرين	Interpersonal relations	كيف يرتبط بعض الناس ببعضهم الآخر (مثل التشجيع)
d :	العقاقير	Drugs	الحالات الفسيولوجية الحيوية (مثل: استخدام الأدوية)

إن تقييم السبع محاور يقدم استعراضاً للأداء النفسي والجسمي للمسترشد (Lazarus,1997). من الممكن إجراء تقييم آخر في كل صورة إذا لزم الأمر للحصول على فهم أكثر عمقاً. على سبيل المثال، استكشاف طبيعة ومحتوى معرفة الفرد المسترشد يمكن أن تشير إلى نموذج من سلوك الحديث الذاتي السلبي (مقولات مثل "أنا لست أنساناً جيداً. يمكن أن تعيش زوجتي حياة أفضل بدوني"). متى تم تقييم هذه الصور أو النماذج، فإن المرشد النفسي يكون في وضعية تسمح له بصياغة أهداف العلاج مع المسترشد.

هناك نموذج آخر للعلاج يُسمى التخطيط العلاجي التسلسلي الهرمي (Makeover,1992)، وهو منهج عملي، سهل الفهم، وفيه يعمل المرشد النفسي والمسترشد معاً على صياغة خطة العلاج. يذكر ماك أوفر أن الاتفاق على الخطة يمكن أن يتم إذا قام الأطباء المعالجون بالإجابة عن ثلاثة أسئلة في نهاية الجلسة الأولى: "لماذا أتى المسترشد إلى هنا؟"، "لماذا أتى المسترشد الآن؟"، و "ماذا يريد

المسترشد؟". الإجابات يمكن أن تساعد في تحديد ما الذي عجل بطلب الإرشاد النفسي، الضغوط الحالية، والهدف العام من تلقي الإرشاد النفسي.

إن التسلسل الهرمي ذي المستويات الأربع (لماك أوفر) يقدم آلية لفهم العلاقات المتبادلة بين العملية الإرشادية والتخطيط للعلاج؛ حيث يبدأ بتحديد النتيجة النهائية أو الهدف العام من الإرشاد النفسي (مثلاً: تعزيز العلاقة الزوجية). أما المستوى الثاني فهي الأهداف الإرشادية (مثلاً: تحسين مهارات التواصل) المرتبطة بالهدف العام. في حين أن المستوى الثالث هي الاستراتيجيات (مثلاً: مهارات الاستماع) التي يمكن استخدامها لتحقيق الأهداف. أما المستوى الرابع، فهو الأساليب (مثلاً: استخدام إعادة الصياغة) المرتبطة بالاستراتيجيات الإرشادية. لذا، فإن التخطيط التسلسلي للعلاج يبدأ بتحديد الهدف العام للإرشاد النفسي، ثم يسير نحو الأهداف، الاستراتيجيات، والأساليب. المرشدون النفسيون الذين يركزون على الأساليب في الإرشاد النفسي من الممكن أن يسيروا بالخطة العلاجية في عكس الاتجاه" وفقاً لهذا النموذج، مستخدمين المنهج الموجه بالأسلوب للوصول إلى النتيجة النهائية.

يمكن استخدام النماذج الثلاثة للتخطيط العلاجي سالفة الذكر معاً لتشكيل أو صياغة منهج شامل للتخطيط العلاجي. وعند استخدامها بهذه الطريقة، فإنها تقدم معلومات مفيدة للتقييم، والتشخيص، والعلاج، وأيضاً تقدم معلومات مفيدة عن العلاقات المتبادلة للأهداف، والإستراتيجيات، والأساليب. كما تقدم معلومات مفيدة عن جزئيات المسترشد مثل التأثير، المعرفة، والعلاقات مع الآخرين. إن التخطيط العلاجي وفقاً لهذه النماذج يقدم بنية منظمة تعزز الشعور بالتوجه نحو العملية الإرشادية.

قضايا التنوع المستقبلية في التقييم والتشخيص

DIVERSITY AND POSTMODERN ISSUES IN ASSESSMENT AND DIAGNOSIS

لحسن الحظ، تم البدء في مراعاة قضايا التنوع الثقافي في المعايير المُعّدة للتعرف على، ووصف الاضطرابات العقلية. مثل تلك الاضطرابات في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية. هذا الاتجاه بدأ مع الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) (smart & smart ,1997)، (مقارنة بالإصدار الثالث) والذي يمثل تحسناً مهماً في دمج الاعتبارات الثقافية في عملية التشخيص. وفقاً لسمارت و سمارت (1997)، فإن الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع) يشتمل على: (1) أوصاف للمظاهر الثقافية المحددة التي قد تظهر العديد من الاضطرابات، (2) كلمات شارحة لخمسة وعشرين متلازمة تتعلق بالثقافة، (3) ملخصاً للتشكيل

الثقافي الذي وضع من أجل مساعدة المرشدين النفسيين في تقييم تأثير الخلفية الثقافية للمسترشد، (4) تعريفاً واسعاً للمحور الرابع، (5) تضمين "شفراتV" ذات الحساسية الثقافية. (p.393). على سبيل المثال، يقدم الملخص للتشكيل الثقافي معلومات ذات صلة بالثقافة يمكن مراعاتها أو اعتبارها عند تشكيل أو صياغة التشخيص متعدد المحاور، ومن أمثلة " شفرات V" الجديدة، v62.4، المشكلة التثقيفية، و v62.89، المشكلات الدينية أو الروحانية. من المهم استخدام المنظور متعدد الثقافات في كل مراحل الإرشاد النفسي، بما في ذلك التقييم، والتشخيص، والعلاج لأنه يساعد المرشدين النفسيين في الحصول على فهم دقيق عن المسترشد من حيث سمات التنوع الثقافي، والجنسي، والديانة / الروحانية. الملحوظة الشخصية التالية توضح أهمية المنظور متعدد الثقافات في التقييم والتشخيص.

ملحوظة شخصية

لقد أصبحت أهمية مراعاة قضايا مثل التدين / الروحانية، والثقافة في التقييم والتشخيص واضحة لي في حالة إكلينيكية حديثة. هذه الحالة عن " جيم "، وهو طالب في الصف العاشر من نافاجو. بدأ جيم يمر بمرحلة من القلق والاكتئاب بعدما عاين أخاه وهو يموت في هجوم للقرش عندما كانت الأسرة تقضي أجازة في أستراليا في العام الماضي. لقد كان هو الآخر في الماء، ولكن أستطاع أن يهرب ويعود إلى القارب. منذ الحادث، تغيرت شخصية " جيم "، فلم يعد ذلك الفتى الذي يعشق المرح خارج البيت، لم يعد الشخص المملوء بالثقة بالنفس، والمهتم بالألعاب الرياضية، والخروج مع الأصدقاء. فقد أصبح كئيباً، وأنعزل بنفسه عن الآخرين. أصبح مبتلى بالبارانويا بعد الحادث بقليل، حيث كان على قناعة من أن الناس يتآمرون ضده. عندما عاد جيم إلى الولايات المتحدة، كانت تنتابه نوبات هلع مرات عديدة في الأسبوع، حيث كانت تمنعه من حضور دروسه. وفي مرات عديدة كان يغمى عليه أثناء نوبة الهلع، مما يجعل المدرسة تستدعي سيارة الإسعاف.

خضع جيم للعديد من التقييمات، وتلقى تشخيصياً يرتبط بالقلق والاكتئاب، مثل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، اضطراب الهلع، وهكذا. أُستخدمت معه أدوية طبية بجانب العلاج المعرفي السلوكي.

عندما لم يستجب للعلاج، طُلب مني الاستشارة. في مقابلتي العيادية، سألته عدة أسئلة ترتبط بالثقافة والتدين / الروحانية، تبين بعد ذلك أنها مفيدة في التقييم، والتشخيص، والعلاج. كانت هذه الأسئلة كما يأتي: من منظور الثقافة النافاجوية، كيف تعرف الصحة العقلية والاعتلال العقلي، كيف تَستخدم ثقافتك، ودينك / روحانياتك في تفسير مشكلات الصحة العقلية لديك، كيف تُستخدم ثقافتك، دينك / روحانياتك في مساعدتك على أن تكون في صورة أفضل؟

لقد كانت استجابات جيم لهذه الأسئلة مدهشة. فقد ذكر أن الثقافة النافاجوية لا تفصل الصحة الجسمية عن الصحة العقلية - فبينهما علاقة متبادلة. بالإضافة إلى ذلك، عندما يكون لدى الفرد مشكلات صحية، فإنها ترتبط بكون الفرد لا يتعايش مع ثقافته، أو " الطرق التقليدية ". ذكر جيم أنه حُذّر من أن هذه هي الحالة بالنسبة له قبل أن تذهب الأسرة إلى أستراليا. فقد جرى ذئب أمريكي صغير أمام سيارة والدية في طريقهم إلى المطار. وفقاً للثقافة النافاجوية، هذه علامة على أن الأسرة لم تكن على " انسجام " مع ثقافتها وأنهم في حاجة إلى احتفال بأسرع ما يمكن. بالإضافة إلى ذلك،

قال جيم أن رجلاً أرومي قد "حسده " بعد هجوم القرش بأسبوع حيث سحره. من هذه النقطة بدأ يشعر بأن الآخرين يتآمرون ضده. أستمر جيم في القول بأنه، لكي يتحسن، فإنه في حاجة إلى حفلة لتجعل أسرته " صحيحة " مع الثقافة، وهو في حاجة إلى حفلة (طقوس أو مراسم) لمساعدته على التخلص من هذا السحر. بعد هذه الطقوس بفترة قصيرة، بدأ جيم يتخلص من البارانويا، ونوبات الهلع وأسترد بعض الثقة بالنفس. عند هذه النقطة، أستطاع الاستفادة من الإرشاد النفسي في معالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والقلق والاكتئاب المرتبطان بفقدان أخيه. بعد ستة أشهر من الإرشاد الأسبوعي، كان قادراً على العمل خلال معظم القضايا التي تسيء إلى صحته وسعادته النفسية.

على الرغم من أن الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية بدأ يحقق نجاحات من حيث مراعاة قضايا التنوع، إلا أنه مازال هناك حاجة إلى أعمال إضافية لتحقيق قاعدة حقيقية للتشخيص ووصف الاضطرابات العقلية من منظور الثقافات المتعددة (smart & smart,1997). يقترح زالاكويت ورفاقه (2008) إعادة تأطير التشخيص الذي يقوم على الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية في فهم الحالة أو المسترشد لتساعد الاتجاه متعدد الثقافات. باستخدام الإرشاد النفسي النمائي، ونظرية العلاج النفسي في الإرشاد، يصف المؤلفون كيفية صياغة التدخلات ذات الحساسة للثقافة (مخاطبة قضايا العدالة الاجتماعية من خلال الحرية النفسية). إن النظريات المستقبلية مثل البنائية الاجتماعية تؤكد على دور التنوع في التقييم والتشخيص، وتؤكد على أهمية اعتبار تأثيرات الثقافة، الجنس، السن، البيئة، اللغة، والحقائق المتعددة التي يمكن توليدها من نظرة الفرد الشاملة عن الحياة الإنسانية وعن العالم. لذا، ينبغي أن ينطوي التقييم والتشخيص على عمليات تذهب إلى أبعد مما يحدث داخل العقل أو النفس، أو التحليل الذاتي ليشمل اهتماماً بقضايا التنوع. لقد وصفنا سابقاً في هذا الفصل أهمية الوعي للتحيز الثقافي. إن التقييم البيئي، وتقييمات النظرة الشاملة عن العالم وعن الحياة الإنسانية أمثلة جيدة عن كيف ينظر المرشد النفسي إلى ما هو أبعد من القوة الداخلية لاكتساب صورة واسعة كلية عن عالم المسترشد. على الرغم من أن الروحانية جديدة نسبياً على مجال الإرشاد النفسي وهي بُعد بارز لتعدد الثقافات - فإنه ينبغي مراعاتها أثناء عملية التقييم. (Richards & Bergin,1997) هناك عدد قليل من أدوات التقييم الروحي المتاحة. لذا، يوصي ريتشاردز و بيرجين بأن يتم التقييم الروحاني بشكل أساسي أثناء أخذ التاريخ والمقابلة الإكلينيكية. يمكن استخدام التقييم الروحاني مع كل المسترشدون للحصول على فهم عن نظراتهم الشاملة عن العالم وعن الحياة الإنسانية (والتي ربما تشتمل - أو لا تشتمل - على المعتقدات الدينية). من المفيد تحديد ما إذا كان المسترشدون يدركون الروحانية كمصدر للقوة والتوجيه، وما إذا كانوا يتجهون إلى العمليات الروحانية أثناء وقت الشدّة، أو الصعوبات الشخصية، في هذه الأمثلة، يمكن استخدام الروحانية لدعم منظور القدرات في الإرشاد النفسي.

في بعض الحالات، قد يتمنى المرشدون النفسيون تحديد ما إذا كانت المعتقدات الروحانية لدى المسترشدون، وكذلك القيم صحية أم غير صحية في تحسين الصحة العقلية RICHARDS &)

BERGIN,1997). على سبيل المثال، يميز أولبورت & روس (1967) الممارسة الدينية الصحية وغير الصحية بلغة الدافعية الداخلية مقابل الدافعية الخارجية. تتميز الممارسة الدينية غير الصحية بالتوجه الديني الخارجي، وتشتمل على الأفراد الذين يستخدمون الدين كطريقة للتأثير في الآخرين من خلال حالة الذات وصحتها. أما التوجه الديني الصحي، فيميل إلى أن يكون مدفوعاً داخلياً، ويتميز بالرحلات الروحانية الشخصية مع ذات الأهداف والطموحات الفردية.

المسترشدون الذين لديهم معتقدات وقيم روحانية غير صحية بشكل كبير يمكنهم ذكر هذه القضايا في الإرشاد النفسي أو أن يُحالوا إلى متخصصين للمساعدة.

بالإضافة إلى تطبيقها في التقييم، فإن الحساسة للقضايا في التنوع مطلوبة أيضاً للتشخيص الدقيق. لابد أن يكون المرشدون النفسيون على وعي بالسياق الثقافي واللغة عند التمييز بين الصحة العقلية والاعتلال العقلي. ما يمكن اعتباره عادياً يتباين بشكل واضح من ثقافة إلى أخرى. أوضح جيرجين (1994a) دور اللغة والثقافة في أسباب الاضطرابات العقلية، حيث ذكر أن بعض الثقافات بقيت صامدة لمدة قرون بدون أي كلمة أو مفهوم للاكتئاب، ومع ذلك فإن الثقافة التي تجد مصطلحاً للاكتئاب، يبدو أنها تجد الاكتئاب حقيقة في كل مكان.

أيضاً، يمكن أن يتأثر التشخيص بالمكان الذي يقطن فيه المسترشد. فقد حدد مجال علم الأمراض النفسية النمائي كيف أن مشكلات مثل القلق والاكتئاب تظهر بشكل مختلف وفقاً للسن. على سبيل المثال، من المألوف أن " يخفي " الغضب اكتئاب الطفل أو المراهق. كما أن الجنس يمكن أن يؤثر في عملية التشخيص. على سبيل المثال، المرأة التي وضعت طفلاً في التو، وأصبحت مكتئبة ، من الممكن أن تمر بخبرة اكتئاب ما بعد الصدمة. التحيز للجنس يمكن أن يقوّض التقييم الدقيق، وأيضاً التشخيص الدقيق (Erikson & Kress ,2008) . نمطية دور الجنس يمكن أن تقود الأطباء المعالجين إلى أن يبالغوا في تشخيص الذكور على أنهم ذوو اضطرابات شخصية معادية للمجتمع وتشخيص الإناث على أن لديهن اضطرابات اعتمادية الشخصية. يمكن تصحيح الافتراضات الخطأ عن جنس المرأة والصحية العقلية (مثلاً: السيدات أكثر عرضة وتأثيراً بمشكلات الصحة العقلية لأنهن أكثر وجدانية من الرجال)، من خلال تبني منظور نسائي.

الخلاصة

إن التقييم والتشخيص أجزاء هامة في العملية الإرشادية، حيث يقدمان معلومات هامة وضرورية قبل تحقيق المرشد النفسي والمسترشد لأهداف الإرشاد. كما أن التقييم والتشخيص يسهمان في بُعد

علم الإرشاد النفسي من خلال تقديم معلومات موضوعية تتعلق بالعملية الإرشادية. تشتمل إجراءات التقييم المعياري على الاختبارات النفسية التي لها مجموعة معيارية مثل قائمة مينيسوتا للشخصية متعددة الأوجه. أما الاختبارات اللامعيارية فليس لها مجموعة معيارية، وهي شخصية في طبيعتها، وتشتمل على العديد من الإجراءات مثل الملاحظة والتقييم البيئي. إن لكل من الاختبارات المعيارية والاختبارات اللامعيارية نقاط قوة كما أن لكل منها نقاط ضعف.

على سبيل المثال، نقاط القوة في المقاييس اللامعيارية تكمن في سهولة تطويع هذه الإجراءات للخصائص الفريدة للشخص، ومن خلال ذلك، تقل مخاطر تحيز الاختبار. يمكن استخدام الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية - لأغراض تشخيص متعدد المحاور، مع المقابلة العيادية، والتي تعتبر أداة أخرى قيمّة للتشخيص والتقييم. يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون المقابلة لتحقيق العلاقات الموجبة وتقديم بنية للتقييم والتشخيص. كما يمكن أن تساعد المقابلة - المرشد النفسي في الانتباه إلى قضايا مهمة مثل الحالة الطبية، التاريخ الماضي للمسترشد مع الكحول، أو الاعتماد على العقاقير، والأعراض المرتبطة بالاضطراب العقلي.

قضايا التنوع مثل الثقافة، الجنس، السن، والروحانية ينبغي مراعاتها في التقييم والتشخيص.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هي إجراءات التقييم التي وجدتها شيقة، وما الذي يثير اهتمامك بها؟

2- ما هو رأيك بخصوص الاضطرابات العقلية؟

3- كيف تؤثر قضايا التنوع مثل السن، الجنس، والثقافة في الطريقة التي يتم بها تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية؟

4- ما هو رأيك بخصوص استخدام العقاقير لعلاج الاضطرابات العقلية لدى الأطفال والمراهقين؟

الفصل 5

البحوث والتقييم في الإرشاد النفسي

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضا للقضايا المرتبطة بالبحوث والتقييم في الإرشاد النفسي، بالإضافة إلى مناقشة مناهج البحث التقليدية ، فإنه تحدث عن المناهج الميدانية، مثل التصميمات البحثية: التصاميم النوعية، وتصاميم الفرد الواحد هذه المناهج الجديدة تحظى باهتمام كبير في علم الإرشاد لأنها وثيقة الصلة بالأطباء المعالجين.

يشتمل هذا الفصل على الآتي:

- فن وعلم البحوث والتقييم .
- استعراض لأنواع البحوث مثل المناهج البحثية النوعية، وتصميم الحالة الواحد
- هدف البحوث والتقييم، بما في ذلك العلاقة المتبادلة بين النظرية، والبحوث ، والممارسة.
- قضايا التنوع وما بعد المعاصرة في البحوث والتقييم .

فن وعلم البحوث والتقييم

THE ART AND SCIENCE OF RESEARCH AND EVALUATION

تظهر البحوث الإرشادية في فن وعلم الإرشاد النفسي، وتقدم وسيلة موضوعية وشخصية لفهم الإرشاد النفسي. من الناحية التقليدية، تؤكد البحوث الإرشادية على بعد العلم من خلال الإستخدام والاستفادة من مناهج البحث التجريبية / الكمية، والتي تنطوى على الفروض والتحليل الإحصائي. البحوث التجريبية / الإحصائية هامة، حيث إنها تزود المرشدين النفسيين بأداة موضوعية لفهم وتقييم الأساليب والإجراءات. لسوء الحظ، يستخدم قليل من الممارسين مناهج البحث التجريبية / الكمية، مما يخلق فجوة كبيرة بين الممارسة والبحوث (Marray,2009,Reisetter et al, 2004) يذكر جولد فرايد& وولف (1996) أن التغيرات في الرعاية الصحية التي تقدمها الرعاية المضبوطة تجعل من المهم للأطباء المعالجين أن يستفيدوا من بعض أشكال البحوث واستخدامها لإظهار المسؤولية التربوية.

الاتجاهات المعاصرة تكشف كيف يمكن استخدام فن البحوث لتقليص هذه الفجوة بين الممارسة والبحوث، إن المناهج النوعية التي ظهرت تزود الممارسين بمناهج أقل صرامة، وتنطوي على مهارات

عيادية أكثر مقارنة بتلك المستخدمة في المناهج الكمية التقليدية (Reisetter et al, 2004) على سبيل المثال، ربما تركز المناهج النوعية على أداء الباحث / المُقيم والمُشارك كباحثين مشتركين يحاولون اكتشاف المعلومات الهامة المرتبطة بموضوع معين، هناك تركيز على الوعي بالتعددية وحساسيتها وعلى القوى الاجتماعية الأخرى، أكثر منه على جمع البيانات، والتحليل الإحصائي.

لكل من المنهجين الكمي والمدخل النوعي مكانه في الإرشاد النفسي. ومع الوقت، ربما يتكاملان، و يقومان بعمل توازن بين فن وعلم البحوث والتقييم في الإرشاد النفسي.

غرض البحوث والتقييم THE PURPOSE OF RESEARCH AND EVALUATION

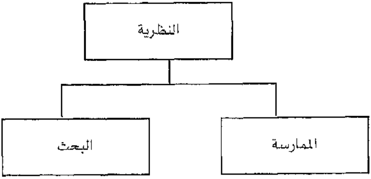
لبحوث الإرشاد النفسي العديد من الوظائف. هذا الجزء يقوم بمراجعة العديد منها: تقييم فعالية المدخل الإرشادي من خلال تفاعل النظرية، والممارسة ، والبحوث، وتقديم وسيلة لتوصيل المسؤولية التربوية للمرشد النفسي، والمساهمة في إثراء المعرفة في المجال الإرشادي.

النظرية، البحوث، والممارسة Theory , Research, and Practice

إن فن وعلم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يشبهان نموذج العالم الممارس الذي يؤكد على الدور الذي يلعبه العلم في تشكيل الممارسة الإكلينيكية. لسوء الحظ، فإن علم الإرشاد النفسي لم يبقى (يسير) على مستوى واحد مع فن الإرشاد النفسي. يذكر هيل و كوربيت (1993) أن الممارسين يميلون إلى الاعتماد على الحكم الإكلينيكي وليس البحوث في صياغة النظرية والأساليب التي من المفروض أن يتم استخدامها.

يؤكد فن وعلم الإرشاد النفسي على العلاقة المتبادلة بين النظرية، والبحوث، والممارسة.تؤكد النظريات المستقبلية مثل البنائية الاجتماعية على دور النظرية في البحث العلمي، ومن هذا المنظور، يقترح جيرجين (a1994) إن النظريات هي تمثيل للغة والثقافة وتقدم نموذجا لفهم الحقيقة.

الشكل (2) يقدم توضيحيا للعلاقة المتبادلة بين النظرية،والبحوث، والممارسة، حيث يظهر النظرية على قمة المثلث، لذا يضعها في المكانة الأعلى. يمكن توضيح العلاقة المتبادلة بين هذه العوامل الثلاثة من خلال هذا المثال إن نظرية الإرشاد للعلاج السلوكي تنمي أساليباً مثل التدريب على التوكيد الذاتي. ربما يستخدم المرشد النفسي هذا الأسلوب في الممارسة الإكلينيكية،وبعد ذلك يطبق استراتيجيات البحث لتقييم فعاليته. من الممكن أن نتائج هذا البحث تقدم معلومات مفيدة لتحسين الأصول النظرية للتدريب التوكيدي الذاتي.

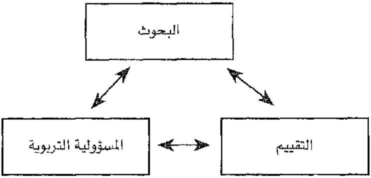


الشكل (2) العلاقة بين النظرية والبحوث، والممارسة

تمتد الأسهم - كما هو في الشكل السابق - في كل الاتجاهات، مبينة التأثير المتبادل للنظرية، والبحوث، والممارسة.على سبيل المثال، من الممكن أن تتدفق المعرفة من الممارسة الى النظرية، والعكس، بأسلوب دائرى وليس خطى. أيضاً هذا النموذج يعترف بنظريات ما بعد المعاصرة فيما يتعلق "ببحوث الأداء"، والتي تشير إلى أن الممارسين والباحثين شركاء في البحث عن المعرفة

البحث، التقييم مسؤوليات المرشد

البحوث، التقييم لتوصيل المسؤولية التربوية للمرشد النفسي. أحد الطرق لحدوث ذلك،من خلال تفاعل البحوث، التقييم، والمسؤولية، التربوية، كما يظهر ذلك في الشكل (3).



الشكل (3) العلاقة بين البحوث، والتقييم، والمسؤولية التربوية

من هذا المنطق، يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون الاستراتيجيات البحثية لتقييم مهاراتهم الإكلينيكية أو البرنامج الإرشادي. من الممكن أيضا أن تكون هذه المعلومات التي تم الحصول عليها من عملية التقييم قاعدة لتحقيق المسؤولية التربوية المهنية. ومع ذلك، على الرغم من تحقيق المسؤولية التربوية، فإن العملية مازالت غير كاملة، حيث ينبغي أن يعد المرشد النفسي برنامجا مستمرا للمسؤولية التربوية، هذا البرنامج يتطلب استراتيجيات بحثية إضافية لتقييم الأوجه المتعددة للأنشطة المهنية لدى الفرد. يقدم جيبسون (1977)، وهيرشونسون ورفاقه (1996) الخطوط الإرشادية التالية لبحوث التقييم:

حدد الغرض من التقييم: من الضروري تحديد نوع المعلومات المراد الحصول عليها من التقييم. هل يركز التقييم على التكلفة أو قضايا أخرى، مثل ضبط الجودة؟

التقييم الفعال يستخدم عناصر قياس صادقة: إذا تم تحديد الأهداف، ينبغي بعد ذلك تحديد معايير لقياس هذه الأهداف. على سبيل المثال، الهدف في مركز الصحة النفسية قد يتمثل في أن يبدأ المرشد النفسي بالمتابعة لكل مسترشد انهاء الخدمات الإرشادية خلال شهر أو شهرين من الانتهاء. عنصر القياس قد يكون نسبة المسترشدون التي بدأت من أجلهم أنشطة المتابعة.

التقييم للبرنامج الفعال يعتمد على التطبيق الدقيق لعناصر القياس: ينبغي استخدام استراتيجيات بحثية مناسبة لجمع وتحليل البيانات.

تقييم البرنامج ينبغي أن يحصل على مداخلات من كل الأفراد المعنيين في البرنامج: ينبغي تقديم الفرصة لجميع الأفراد ذوي الصلة بالبرنامج وفي جميع المستويات داخل المراكز أو المدارس. على سبيل المثال، في مركز الصحة النفسية، قد يشتمل التقييم على معلومات من الإدارة، والهيئة، والمرشدين النفسيين، والمسترشدون.

ينبغي أن يشتمل التقييم على تغذية راجعة ومتابعة: متى تم التقييم، يمكن توصيل النتائج،بأسلوب واضح ودقيق الى المسؤولين. كما يجب أن يتضمن التقييم توصيات لتسهيل التخطيط وتنمية البرامج المستقبلية.

ينبغي أن يكون التقييم عملية مستمرة ومخطط لها: أي برنامج ينبغي أن يشتمل على عناصر تقييم مستمرة، وهذا يمكن المعنيين من مراقبة مناحي القوة والضعف. والمسؤولية التربوية لا توحي بأن البرنامج له نقاط قوة فقط، إلا أنها توحي بضرورة الوعي بنقاط الضعف ومحاولة معالجتها.

تقييمات البرنامج ينبغي أن تكون حساسة لسياسات المؤسسة: لكل مؤسسة نظام وسياسية فريدة تؤثر على أدائها. لذا من المهم مراعاة هذه التأثيرات السياسية على مدار عملية التقييم. وقد حدد هيرسينسون ورفاقه (1996) المعرفة والمهارات اللازمة للتقييم الفعال: الألفة مع البرنامج وحاجاته، موارده، والمستهدفين من البرنامج، وكيف يمكن أن تكون عملية التقييم مفيدة، وكيف يمكن تحقيق الانسجام بين حاجات البرنامج وإجراءات التقييم، والمهارات المساعدة مثل مهارات التواصل، والمهارات التشخيصية والمهارات الواجب توفرها في العاملين بالمؤسسة ومهارات الدفاع والتأييد.

إسهام البحوث في المجال الإرشادي The Contribution of Research to the Counseling Field

هناك غرض أخر للبحوث وهو المساهمة في اثراء الحصيلة المعرفية في مجال الإرشاد النفسي من خلال اختبار النظريات وتحسين الممارسات الإكلينيكية. من بين الاتجاهات في بحوث الإرشاد والتي ترتبط بقضايا العملية الإرشادية النتائج المتوقعة ما يأتي (Hill&Corbett,1993)

- "ينبغي أن تكون الأهداف العامة للعملية مفيدة في تنمية البحوث العملية وتقدم نظريات جديدة للعلاج النفسي معلومات للممارسين عن كيفية التدخل مع المسترشدون عند نقاط مختلفة في العلاج، وأن تنمى برامج تدريبية تقوم على النتائج التجريبية لما يفيد في العلاج النفسي"(P.16).
- ينبغي أن تكون البحوث موجهة نحو تحليل النموذج الكلى لعملية الإرشاد، وهذا يمثل مقترح هيل (1992)، والذى يشتمل على أهداف المعالج، وأسلوب استجابة المعالج، وردود فعل المسترشد، وسلوكيات المسترشد.
- ينبغي أن تكشف البحوث عن القضايا المرتبطة بالكفاءة الذاتية في الإرشاد النفسي "ماذا يعني أن تكون مرشدا نفسياً جيدا".
- ينبغي أن تركز الأولويات البحثية على تحديد مكونات عملية الإرشاد النفسي الفعالة، ثم تنمية وتقييم نماذج العلاج التي تشير إليها وتفرزها هذه البحوث الأساسية.
- من الضروري إجراء بحوث أخرى إضافية لتحديد الشبة أوجه والاختلاف بين الإرشاد النفسي الشخصي، والإرشاد النفسي الخاص بالحياة العملية المستقبلية.
- ينبغي إعداد أدوات قياس يمكن استخدامها لتقييم محتوى الإرشاد النفسي (العلاقة مع الآخرين، والصراعات الثقافية)، وقياس الأداء الصحي للمسترشدون مقارنة مع أمراضهم النفسية.
- وأخيراً، يحتاج الباحثون في المجالات الأخرى إلى زيادة جهودهم للعمل معا لتوظيف الطرق والنتائج. ويمكن أن يلعب المرشدون النفسيون دوراً هاماً في الإسهام في ارتقاء مهنتهم، وذلك بالاشتراك في البحوث. فيما يلي تقديم خطوطاً إرشادية لصياغة برنامج بحثي:

1- قم بعمل بحوث عن الموضوعات التي لا تحظى باهتمام الباحثين وليس موضوعاً يستثيرهم.

2- حافظ على القدرة على التذكر والتماسك عند إجراء البحوث. متى آمنت بالمشروع البحثي، تمسك به وسر في طريق عميقة. إعلم أن هناك أعداء للنجاح، يقولون لك دائما بأنك لن تستطيع. مهمتك أن تقول لنفسك أنك تستطيع وسوف تستطيع.

3- قم بعمل ملخص تفصيلى قبل البدء في كتابة التقرير عن البحث، فهذا سوف يساعدك على تنظيم أفكارك، ويجعل بحثك سهل القراءة والفهم.

4- لا تحبط بسبب عملية النشر. عندما تتقدم ببحث للنشر في مجلة ما، ربما يقبل، أو يقبل بعد تعديلات، أو يرفض مع إمكانية أعداد التقدم به، أو يرفض تماما. لا تتخلى عن الموضوع عندما يطلب منك المراجعة وإعادة التقديم بالبحث مرة أخرى. فقط 4% من البحوث المقدمة للنشر في مجلات الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي تقبل بدون طلب مراجعات(Seligman,1986).

5- أخيرا، لا تفترض أن فكرتك بسيطة جدا، وقد يكون إسهامك ذا قيمة في مهنة الإرشاد النفسي.

في الملحوظة الشخصية التالية، أعرض بعض المكافئات و الكفاحات الشخصية مع عملية النشر.

ملحوظة شخصية

أنا لدى الخبرة في النجاحات، والإخفاقات في بحوث الإرشاد النفسي. أحد النجاحات تتمثل في قبول أول بحث لي، وسعادتي بالإسهام في مجال البحوث. لقد كان مصدر سعادتي أن هذا كان بحث نظري عن بُعد جديد للاهتمام الاجتماعي.أتذكر ما قلته لنفسي"آه، أنا الآن جزء من ارتقاء وتنمية نظرية آلدر" كما أن لى إخفاقاتي في إجراءات البحوث. خطابات الرفض والنقد لمقالاتى مازالت مؤلمة حتى اليوم.

لكى ما أبقى على تواصل مع البحوث وعملية النشر،كان ينبغي على أن أتحلى بالصبر، والتحمل، والمثابرة،والمعرفة الذاتية، والتنظيم الذاتى، البحوث تستحق هذا. لقد اكتسبت فهما أفضل عن مدى واسع من الموضوعات من التأتأة إلى سبب تلويث الأطفال لملابسهم. كما أن البحوث ساعدتني على التنمية المستدامة لمنهجي الشخصى للإرشاد النفسي، حيث أدرس بعناية ما يحدث في حالة للدراسة. بالإضافة إلى ذلك، كانت البحوث أداة مفيدة في توصيل المسؤولية التربوية. على سبيل المثال، استخدمت تصميم الحالة الواحد- وهو موضوع سوف أعرضه في نهاية هذا الفصل -لقياس ما يحدث مع برنامج استخدمته لعلاج التبول اللاإرادي.

استعراض لأنواع البحوث OVERVIEW OF THE TYPES OF RESEARCH

يمكن تصنيف البحوث بطرق عديدة. أحد طرق التصنيف يميز البحوث الأساسية عن البحوث التطبيقية. البحوث الأساسية تجرى عادة تحت ظروف أو حالات مضبوطة في المعامل والمختبرات، عادة في الجامعات، وتنطوى في العادة على طلاب الجامعة كمفحوصين. على الرغم من أن البحوث الأساسية تميل إلى استخدام تصميمات بحثية صارمة، إلا أن هناك بعض المخاطر من تعميم النتائج على العالم الحقيقى. أما البحوث التطبيقية، فتختبر النظريات في الميدان، ولذا، فإنها انعكاس للناس في أماكنهم الطبيعية. لسوء الحظ، ليست البحوث الميدانية سهلة دائما في الضبط، وقد ينتج عنها نتائج مضللة. بغض النظر عن مناحى القصور هذه، إلا أن البحوث التطبيقية قد تكون بديلاً واقعياً للمعالجين والمرشدين.

أنواع المناهج البحثية Types of Research Methodologies

يمكن تصنيف البحوث من خلال تصميمها. نقدم فيما يأتي وصفا لبعض الأنواع الشائعة من البحوث في هذا الجزء:

الدراسات المسحية: تصف البحوث المسحية متغيراً ما عن طريق حساب تكراره لدى الأفراد (Wilkinson& McNeil, 1996) . على سبيل المثال، قد يقوم الباحث بعمل مسوح لعينة ممثلة للمرشدين النفسيين المهنيين لتحديد أى المداخل الإرشادية أكثر استخداما. هناك دراسة مسحية مؤثرة تم نشرها في تقارير المستهلك (November,1995) وقام بمراجعتها سيليجمان (1995).

خلص من هذه الدراسة الى أنها تبين أن العلاج طويل المدى أفضل من العلاج قصير المدى أي أن العلاج النفسي بنفس فعالية العلاج النفسي والدوائي، وأن الأخصائيين النفسيين، والأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين بنفس فعالية وتأثير المعالجين النفسيين، وأنهم أكثر فعالية وتأثير من المرشدين النفسيين في مجال الزواج، والإرشاد النفسي الأسرى طويل المدى. بالإضافة إلى ذلك، ذكر سيليجمان أن المسترشدون الذين جددت شركات التأمين للرعاية المضبوطة اختيارهم للعلاج النفسي كان أداؤهم أسوأ من الأفراد الذين لم يكونوا مقيدين بذلك. تشير البحوث الحديثة إلى أن نتائج تقارير المستهلك متفائلة أكثر من اللازم، وعامة بشكل فيه مبالغة (Nielsen et al. ,2004).

ذكر سيليجمان أنه على الرغم من أن دراسة تقارير المستهلك بها العديد من الأخطاء المنهجية، إلا أنه ينبغي مراعاتها، وأخذها على محمل الجد لأنها تقدم معلومات قيمة تتعلق بالفعالية الإرشادية. بلغة الحاجة والفعالية، فإنها تقدم معلومات مشجعة عن إدراك العامة للعلاج النفسي على أنه شكل من أشكال علاج الصحة النفسية وله قيمة عملية (VandenBos ,1996).بالإضافة إلى ذلك، فإن المسوح كانت مؤيدة بشكل كبير للبحوث التجريبية السابقة.

الدراسات الارتباطية: تستخدم الدراسات الارتباطية لتحديد قوة ارتباط متغيرين من عدمه. على سبيل المثال، ربما يريد المرشد النفسي تحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين جنس المسترشدون وسنهم. وإن مراجعة مسترشدون للمرشدين النفسيين خلال فترة عامين قد تبين أن المسترشدون فوق سن الأربعين هم من الإناث، وأولئك دون سن الخمسة عشر هم من الذكور.

الطرق التجريبية: على الرغم من أن هذه المنهجية يُشار إليها على أنها ضمن البحوث الكمية، إلا أنها تنطوي على تقييم علاج معين تحت ظروف مضبوطة لتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين السبب والنتيجة. على سبيل المثال، قد يرغب المرشد النفسي في تقييم تأثيرات برامج تربية الوالد على الاتجاهات الوالدية والتفاعلات السلوكية بين الوالد – الطفل. تنطوي التصميمات التجريبية التقليدية على التقسيم العشوائي لمجموعة الأفراد إلى مجموعة ضابطة لا يطبق عليها المعالجة وتكون تجريبية يطبق عليهم برنامج (المعالجة). يتم مقارنة أداء أفراد المجموعتين قبل وبعد البرنامج في الاتجاهات، والسلوكيات، أو المقاييس الأخرى. يتم استخدام التحليل الإحصائي لتقييم درجة التغير في القياس.

الدراسات الطولية: الدراسات الطولية مصممة لتقييم مجموعة معينة من الأفراد خلال فترة ممتدة من الزمن. على سبيل المثال، قد يريد المرشد النفسي تحليل مدى قدرة مجموعة من المهاجرين على التكيف مع المجتمع الأمريكي. تحت هذا التصميم البحثي، قد يفحص المرشد النفسي – من فترة لأخرى – متغيرات مثل نسبة الخريجين من المدارس العليا والجامعات، والذين يقتربون من مشكلات الصحة النفسية والجسمية.

المراجعات المأخوذة من عينات كبيرة: هذه المنهجية تنطوي على مراجعة العديد من البحوث والدراسات المنشورة، وعادة ما تجرى في محاولة لتقييم فعالية الإرشاد النفسي، بعض الأعمال الأولى لهذا النوع كانت تمثل تحديا لتأثير الإرشاد النفسي، وهذا يصدق على أيزنك (1965) الذي أدعى أن الإرشاد النفسي لم يكن فعالا وأن الناس يتحسنون بغض النظر عن إذا تلقوا إرشاداً أم لا. كما تحدى ليفيت (1957) فعالية الإرشاد النفسي في مراجعة شاملة للدراسات التي تقيم فعالية إرشاد الطفل، وخلص إلى أن نتائج أيزنك كانت صحيحة.

ومع ذلك، فإن نتائج البحوث المأخوذة من المراجعات ذات المجال الواسع تؤيد فعالية الإرشاد والعلاج النفسي (Elkin et al, 1989, Garfield, 1983, Lember, 1991, smith et al., 1980). هذه المراجعات تستخدم في الغالب شكلاً معقد من التحليل الإحصائي يسمى ما وراء التحليل للتغلب على بعض المشكلات المنهجية التي يمكن أن تنتج من تجميع عدد من الدراسات معاً من أجل التحليل. أجرى سميث و جلاس (1977) أول مراجعة شاملة أظهرت دعماً تجريبياً لفعالية الإرشاد النفسي. تبين من خلال بحثهما الذي اشتمل على مراجعة 400 دراسة أن الأفراد الذين تم علاجهم تحسنوا بنسبة 75% أكثر من الذين لم يتلقوا الإرشاد النفسي كما راجع سميث ورفاقه (1980) 475 دراسة ووجدوا أن الذين تلقوا العلاج قد تحسنوا بنسبة 80% أكثر من الذين لم يتلقوا الإرشاد النفسي (أنظر Lambert & Bergin, 1994- لمزيد من المعلومات عن فعالية الإرشاد النفسي).

الطرق النوعية: تحاول تصاميم الطرق النوعية فهم الأفراد والأحداث في المواقع الطبيعية، ولذا يشار إليها أنها المنهج الطبيعي. تهتم الطرق النوعية بفهم وجهة نظر الافراد والخبرة الحقيقية المعاشة، وجهة نظر الأفراد الخاضعين للدراسة (Silverman, 2004). هذه الطرق تستخدم مقاييس لا معيارية مثل المقابلات والملاحظات كوسيلة لجمع البيانات. الطرق النوعية موجهة نحو اكتشاف الاستنتاجات و الاستبصار وليس التأكيد على اختبار الفرضيات والتأكد من صحتها. كما ترتبط الطرق النوعية بمفاهيم المستقبلية مثل علم النفس الروائي والبنائية الاجتماعية (Northcutt & McCoy, 2004).

دراسة الحالة وتصاميم الفرد الواحد: أحياناً يُشار إلى الدراسة المكثفة عن الفرد أو مجموعة من الأفراد على أنها تصاميم الفرد الواحد، وهي تجمع معلومات من خلال المقابلات، والملاحظات، والتقارير الذاتية للعمل (Wilkinson & McNeil, 1996) من الممكن أيضا أن تشمل دراسة الحالة بعض مبادئ التصميم التجريبي، والتي يمكن أن تزيد من قدرة المرشد النفسي على تقييم نواتج الإرشاد بشكل موضوعي.

نقاط الضعف في بحوث الإرشاد النفسي التقليدية

Shortcomings of Traditional Counseling Research

فيما يبدو أن نموذج العالم، الممارس هو الهدف في مهنة الإرشاد النفسي، ولكنه ليس حقيقة بعدُ، من الناحية التاريخية، دافعت البرامج الجامعية عن صحة هذا النموذج، ومع ذلك لم ينجح الأطباء

المعالجون في دمج المنهجين في الممارسة (Peterson, 1995) حيث إن لهم وجهة نظر تتمثل في أن البحوث تتعلق بالأفكار والأرقام الإحصائية المجردة، ولا يمكن معاملة الفرد كالوسط أو الوسيط ، لذلك فإن هناك ارتباط ضئيل بين ما يواجهه المرشد الممارس من تحديات والأرقام الاحصائية (Beutler et al., 1995). هناك العديد من التوصيات التي تساعد في خفض حجم الفجوة بين العلم والممارسة، وهي: (1) لابد أن يكون العلماء على دراية بالقضايا الإكلينيكية، وذلك بالحفاظ على علاقة مستمرة مع الأطباء المعالجين، (2) لابد من إعادة تقييم دور العالم في الممارسة، (3) لابد من تطوير مناهج بحث جديدة لتجعل البحوث مرتبطة بالأطباء المعالجين، (4) لابد من ايجاد طرق جديدة لتوصيل نتائج البحوث الى الممارسين (Beutler et al.,1995). من الواضح أنه لابد من عمل تغيرات لجعل البحوث مرتبطة باحتياجات الممارسين. تمثل المناهج البحثية النوعية تقدماً واعداً بالنسبة للممارسين والباحثين الآخرين في العلوم الاجتماعية (Garfleld& Bergin, 1994, Relsbtter et al., 2004; Silverman, 2004) يصف ريسيتر ورفاقه (2004) العديد من الخصائص الايجابية للبحوث النوعية، وصفها الطلاب الخريجون من الإرشاد النفسي: وهي كما يأتي:

انسجام النظرة الشاملة عن الذات وعن العالم: ذكر الطلاب أن الفلسفة التي تقف خلف البحوث النوعية، ووجهات نظرهم عن العالم متناغمان (حيث إن كلاهما ملتحقين بمفاهيم ما بعد المعاصرة مثل البنائية الاجتماعية للمعرفة، والمنظور الظواهراتي).

نظرية ومهارات الإرشاد النفسي: الطلاب على قناعة بأن مبادئ البحوث النوعية تنسجم مع نظريات ومهارات الإرشاد النفسي (مثلاً: طريقة" النهاية المفتوحة" يمكن أن تولد المعنى الشخصي والفرص للاستكشاف).

الهوية البحثية والصدق المهني: يؤمن الطلاب بأن النموذج النوعي يعطي الفرصة لجعل البحوث تعطي بُعداً دائماً للهوية المهنية.

الخبرة الكلية: وجد الطلاب أن المنظور النوعي يقدم إطار معرفي مفيدة لهم لتنظيم وصياغة مفاهيم العديد من الأدوار في حياتهم (شخصي، المرشد إرشادي، بحثي).

مناهج البحث النوعية Qualitative Research Methodologies

كما ذكرنا، فإن مناهج البحث النوعية قد ظهرت استجابة للقصور في مناهج البحث الأساسية التقليدية، واستخدامها لتصميمات تجريبية صارمة مثل المجموعات التجريبية، والمجموعة الضابطة،والنتائج التي ليس لها صلة بالممارسين (Mahrer, 1988, Reisetter, etd.,2004). يقدم هو شماند (1989)، هيل ورفاقه (1997) استعراضاً مكثفاً للمنهج النوعي، حيث اشتمل على المعلومات التالية: الغرض من المنهج النوعي، وأدوار الباحثين والمشاركين، وعملية الاستفسار، وأنواع الاستفسار، وتحليل البيانات:

الغرض: إن غرض تصاميم البحوث النوعية يتمثل في تنمية الفهم عن جوهر الخبرة الإنسانية، تؤكد هذه التصاميم على الوصف والاستكشاف وليس على التثبت من صحة الفرضيات واختبارها،

من الممكن أيضاً استخدام البحوث النوعية لبناء النظرية واختبارها، على سبيل المثال، نظرية المتجذرة (Glaser& Strauss, 1967).

دور الباحث والمشاركين: يأخذ الباحث دوراً أكثر نشاطاً في العملية البحثية من مجرد ملاحظة وتسجيل البيانات ؛ وهذا قد ينطوي على الانخراط في الحوار/ والتفاعل مع المشاركين كوسيلة لاكتشاف الأحداث الهامة التي مر بها المسترشد. أيضاً يأخذ المشاركون دوراً أكثر نشاطاً، حيث يصبحون مشاركين في البحث في علاقة متبادلة تشاركية مع الباحث. لذا، فإن النشاط البحثي لا يتحكم فيه الباحث. بالإضافة الى ذلك، يتم استشارة المشاركين بخصوص الأسئلة التي يرونها ذات معنى، وذات صلة بالموضوع، وما إذا كانت التفسيرات والاستنتاجات صحيحة بالنسبة لهم، في هذا السياق، يمكن تعريف الحقيقة من منظور المشاركين.

عملية الاستفسار: يتميز الاستفسار كعملية مستمرة ومتجددة تشمل على الاستجابة للتغذية الراجعة بين الباحث والمشارك. أيضاً التأكيد على العملية والنتيجة وليس على النتيجة فقط.

جمع البيانات: إجراءات جمع البيانات تتباين وفقاً للمنهجية المستخدمة. تشتمل المناهج أو الطرق على الملاحظة في البيئة الطبيعية للمسترشد لفترات ممتدة من الزمن، في مقابلات عميقة ومحاولة تسجيل تاريخ الحالة كما يتم التسجيل للأساطير.

تحليل البيانات: يمكن وصف طرق تحليل البيانات بأنها تفسيرية، لها هدف التعرف على النماذج ذات المعنى. هناك عدد من الفروق بين تحليل البيانات الكمية والنوعية في البحوث النوعية. يكون التركيز على ظهور المفاهيم المعارضة لنتائج النظريات المسبقة وليس معالجتها، والتركيز يكون على الوصف وليس التفسير، التعبير عن النتائج لغوياً وليس رقمياً، ينظر إلى المعرفة العلمية بأنها مؤقتة، وليست ثابتة، ويتم صياغة البيانات من السياق وبلغة المشاركين وليس كعناصر منعزلة ومضبوطة.

أنواع المناهج البحثية النوعية

TYPES OF QUALITATIVE RESEARCH METHODOLOGIES

يمكن تصنيف المناهج البحثية النوعية إلى الأنواع السبعة التالية: المناهج الطبيعية الاثنوغرافية، الموجهة بالاكتشاف، بحوث الحالة الممثلة، التحليل النوعي التفاعل، نظرية المتجذرة، البحوث النوعية الإرضائية، وتصميمات الطرق المختلطة.

المناهج الطبيعية - الاثنوغرافية: تنطوي المناهج الطبيعية - الاثنوغرافية على ملاحظة المشاركين في بيئتهم الطبيعية للحصول على فهم العوامل التي تؤثر في السلوك الإنساني (Hosh-mand, 1989) . هذا المنهج يحتاج إلى تواصل مطوّل، وانغماس للباحث في موقع معين ليتمكن من الحصول على فهم الأفراد في هذا الموقع. قد يدمج الباحث أكثر من استراتيجية مثل جمع البيانات

والملاحظة، والمقابلات، ومعرفة التاريخ الشفوي، مراجعات الأدبيات البحثية الموجودة، واستخدام الحدث الهام وذلك بهدف الحصول على وصف تفصيلي لبيئة ما، انظر: (Kidder et al., 1986 , Lin-coln & Guda, 1985) إن اختيار إجراء معين لجمع البيانات ينطوي على مراعاة مدى ارتباطه – بفعالية– بأفراد الدراسة. على سبيل المثال، استخدمت أحد البحوث مجموعات "الراب" كطريقة لجمع المعلومات والبيانات عن المراهقين ذوى التخلف العقلى (Hoshmand ,1985). تحليل البيانات يتطلب التسجيل المستمر، ووضع البيانات في فئات، والتصنيف، وإعادة التصنيف في محاولة ايجاد فئات رئيسية ذات معنى. يتم تسجيل الملاحظات الميدانية حرفياً، ويتم تحليلها عند القراءة المتكررة للبيانات لتحديد العبارات المهمة، والمفاهيم الرئيسية. قام محكومون مستقلون بتحديد فئات ذات معنى. وتصنيفها إلى موضوعات للتحقق من ثباتها، ثم بعد ذلك أشترك الباحث مع المشاركين لجمع آرائهم حول البيانات التي تم جمعها. يصف ماكينزى (1986) الدراسة الطبيعية– الاثنوغرافية التي درست اتجاهات الشباب الامريكى من اصول هندية تجاه الإرشاد النفسي. في المرحلة الأولى من الدراسة، قضى المرشد النفسي ستة أشهر متجولاً بين المدارس، والبيوت، ومجموعات النظائر، والأنشطة الأخرى للطلاب محل الدراسة، حيث قضى في المتوسط 40 ساعة مع كل طالب. أثناء المرحلة الثانية، أجرى الباحث مقابلات عميقة مع الطلاب اعضاء الإرشاد النفسي، حول قضايا مثل التنمية، والاتجاهات في الإرشاد النفسي، نحو طلب المساعدة. ثم بعد ذلك تم تحليل البيانات لتحديد النماذج ذات المعنى. أظهرت نتائج الدراسة أن الأمريكان من أصول هندية لديهم تحفظ بل تحريم لطلب الإرشاد النفسي، كما ان خلفياتهم الثقافية تؤثر في اختيار حياتهم العملية المستقبلية، بالإضافة الى أن ثنائية الثقافة تؤدي إلى الصراع داخل أسرهم.

بحوث العلاج النفسي المرتكز على الاستكشاف: هناك نوع آخر من المنهج النوعي، ألا وهو البحوث العلاجية الموجهة بالاكتشاف (Mahrer, 1988).يتمثل هدف هذا المدخل في اكتشاف الجوانب الهامة لما يحدث في الإرشاد النفسي مثل: ما الذي يشجع على تغيير الشخصية لدى المسترشد، من خلال النظرة العميقة الى عملية العلاج النفسي. وهذا المنهج يشتمل على الخطوات التالية:

1- اختيار الهدف من البحث: ابدأ بتحديد بعض الجوانب الهامة في عملية الإرشاد، لا يهم مدى عظم هذه الجوانب أو أهميتها. تجنب أن تبتعد عن غايتك وهدفك .

2- احصل على أمثلة من الشخص المستهدف الذي يتم بحثه: وأحصل منه على أكبر عدد ممكن من الأمثلة. على سبيل المثال، الباحث المهتم بما يمكن الكشف عنه في ذكريات الطفولة المبكرة يمكن أن يحاول الحصول على أمثلة لهذه الذكريات بطرق عديدة مثل التسجيل المصور للجلسات، وروايات المسترشدون.

3- احصل على أداة تتفحص الحالة عن قرب: متى تم الحصول على الأحداث المرتبطة بالسلوك بالمستهدف (مثلاً الذكريات السابقة)، يمكن أن يعد الباحث أداة ليتفحص من خلالها وعن

قرب الحالة أو السلوك المستهدف. في هذه العملية، يمكن أن يقوم المحكومون بمراجعة الأشرطة المصورة عن الذكريات السابقة حتى تظهر الموضوعات أو فئات البيانات ذات المعنى، يمكن استخدام الموضوعات والفئات التي تم الحصول عليها كأداة للتقييم المنظم للفرد أو الأفراد المستهدفين في البحث.

4- اجمع البيانات: هذه الخطوة تنطوي على الحصول على البيانات اللازمة للدراسة وتطبيق الأداة على البيانات، وهذا قد ينطوي على تحليل البيانات الأصلية التي تم الحصول عليها أثناء الخطوة رقم (2)، أو الحصول على أمثلة جديدة من الفرد المستهدف محل الدراسة (ذكريات سابقة إضافية).

5- اجعل البيانات تأخذ طبيعة الاستكشاف: لابد من تفسير البيانات لتحديد ما يمكن تعلمه من الدراسة ؛ وهذه العملية تتطلب خصائص ترتبط بفن الإرشاد النفسي. لابد أن يكون الباحث حساس لما يتم اكتشافه، بأن يكون منفتحاً لكل ما هو جديد، أو غير متوقع، أو متحد، أو محير في البيانات.

بحوث الحالة الممثلة: بحوث الحالة الممثلة (Gordon & shontz, 1990) نوع من أنواع دراسة الحالة في المناهج النوعية (التى يمكن استخدامها للحصول على فهم عميق للأفراد ذوى المشكلات المتعددة، مثل الأطفال الذين يصبحون مرضى في النهاية). يصف جوردون و شونتز بحوث الحالة الممثلة بأنها عملية تنطوى على الفحص الواعي "للأفراد المختارين في كل مرة فرد واحد، لمعرفة كيف يمر كل فرد بالحادث وكيف يديره، الحدث، أو يتعامل مع مجموعة من الظروف أو الأحوال الهامة في حياته " .(p.62) تعتبر بحوث الحالة الممثلة منهجاً نوعياً لانها تتطلب المشاركة النشطة من المسترشد، الذي يعتبر خبير في المشكلة محل الدراسة، وأيضاً يمكن اعتباره باحث مشترك. بإمكان المشرفين الموجهين الموضوعيين، أن يراقبوا الخصائص المختلفة لعملية البحث، والمساعدة في الانشطة المختلفة، مثل تحليل وتفسير البيانات. كما يمكنهم أن يساعدوا في العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد- الباحث، والباحث المشارك.

التحليل النوعي التفاعلي: يمثل التحليل النوعي التفاعلى (Northcutt& McCoy, 2004) منهجاً للبحوث الكيفية يتأثر بالنظريات بالمستقبلية، النظرية المتجذرة، بحوث الفعل، خرائط المفاهيم، والنظريات النظم، ونظرية الميدان لكورت لوين. كما أنه يدمج عدداً من المفاهيم والنظريات ذات الصلة بالبحوث النوعية، ويحقق مجموعة من الإجراءات لتسهيل جمع وتحليل البيانات. ويشير نورث كوت و ماكوى أنه" لا يبدو أن هناك نوع آخر في مجال البحوث النوعية يدمج نظرية المعرفة مع نظرية النظم لإنتاج مجموعة واضحة من الأسس يمكن من خلالها إجراء وتوثيق الدراسات النوعية" (p.xxiv) يهتم التحليل النوعي التفاعلى بالأمانة العلمية أو "قيمة الحقيقة" في البحوث (Lincoln & Guba, 1985) ومن هذا المنطق، فإنه يحاكي طبيعة العلاقة بين الأسئلة التالية:

- وجودى: ما هو الحقيقى أو الواقعى؟
- معرفى: كيف نعرف؟

- أخلاقي: ما فائدته أو ماذا فيه من المنفعة؟

- نظامي: ما هو الصدق والثبات؟

يقدم التحليل النوعي التفاعلي أسساً للكشف عن أسراد جمع البيانات، والملاحظة، والتفسير، والتحليل، وفك الرموز، ودمج عدد من الاتجاهات النظرية ذات الصلة بالبحوث النوعية.

النظرية المتجذرة: يمكن أن تعود النظرية المتجذرة إلى أعمال جلاسر و ستروس – وهي من علماء الاجتماع واللذان درسا العديد من الموضوعات، بما فيها عملية الموت (Glaser& Strass, 1965) هذا الاسم يأتي من فكرة أن النظريات ينبغي أن تستنبط من البيانات المأخوذة من الميدان، ولذا فإنها تتجذر في الأدلة العلمية (Creswell et al., 2007). هذه النظرية ظهرت على مدى السنوات كأحد الطرق التي تم إنجازها وتحقيقها بشكل جيد في البحوث النوعية (ponterotto ,2005).

معظم النظريات المتجذرة ترتبط بالمنظور البنائي / التفسيري للحقيقة والواقع، حيث يتم بناؤها اجتماعياً، وتتأثر بالمنظور التفسيري للباحثين (Fassinger, 2005). المنظور البنائي في النظرية المتجذرة ينسجم مع " الخطوات الإرشادية المرنة، والتركيز على النظرية التي تعتمد على وجهة نظر الباحث، اولتعلم عن الخبرة ضمن التواصل الداخلي الخفي، والفرص المتاحة " (.,Harmaz , 2006 250).

البحوث النوعية التوافقية: تقدم البحوث النوعية التوافقية (Hill et al., 1997) بنية وموضوعية للبحوث النوعية، وتمكن الباحثين من إعادة الدراسات. كما تحبذ استخدام ثلاثة الى خمسة باحثين أثناء مرحلة تحليل البيانات للانخراط في اتخاذ القرار التوافقي للتشجيع على تنوع الآراء. كما يتم تعيين مستمع أو اثنين لضمان ان الباحثين لا تفوتهم بيانات هامة. هناك ثلاث خطوات عامة تستخدم في البحوث النوعية التوافقية:

1- يتم تقسيم الاستجابات للأسئلة ذات النهاية المفتوحة من الاستبيان أو المقابلة لكل حالة إلى مجالات (مجالات الموضوع).

2- يتم بناء الأفكار الرئيسة (الملخصات أو الملخصات الموجزة) لكل البيانات ضمن كل مجال لكل حالة.

3- يجرى تحليل تقاطعي، والذى يتضمن تكوين فئات لوصف التوافق في الأفكار الرئيسة ضمن المجالات عبر الحالات (Hill et al., 1997, p.532). فيما يبدو ان البحوث النوعية التوافقية يمكن اعتباها خطوة نحو دمج البحوث النوعية والكمية وذلك عن طريق جعل بعض الإجراءات الشخصية المرتبطة بالبحوث النوعية – معيارية. هذه الصيغة الدامجة للمنهجية البحثية تقدم بديلاً بحثياً آخر ذا قيمة لدعم فن علم الإرشاد النفسي.

الطرق المختلطة: يمكن تعريف تصميمات البحوث ذات الطرق المختلطة بأنها البحوث التي تنطوى على "تجميع، وتحليل،ودمج البيانات الكمية والنوعية في دراسة واحدة متعددة المراحل

(Hason et al., 2005, p.224)إن تصميمات الطرق المختلطة تدمج الأبعاد الموضوعية والشخصية التي تظهر في البحوث النوعية والكمية، ومن خلال ذلك تمسك بجوهر فن وعلم الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي وتنقسم (تصميمات الطرق المختلطة الى: تسلسلية أو تزامنية) (Hauson et d., 2005) ترتبط التصميمات التسلسلية بترتيب او تسلسل مناهج البحث (ما إذا كان البحث يبدأ بالتصميم الكمي أم النوعي). تشتمل التصميمات التسلسلية على الشكل التسلسلى والتفسيرى (الكمي متبوعاً بالنوعي)، والشكل التسلسلي الاستكشافي (النوعي متبوعاً بالكمي)، والشكل التسلسلي التحويلي (التسلسلية التفسيرية، أو الاستكشافية). أما التصميمات المتزامنة، فتنطوى على البحوث الكمية النوعية ذات البيانات التي يتم جمعها وتحليلها بشكل متزامن. هناك ثلاث أنواع من التصميمات المتزامنة: التثليث المتزامن (تكون أولوية البيانات مستاوية في حالتي الطرق النوعية والكمية)، والتشعُّب المتزامن (تكون البيانات لها أولوية في إحدى الطريقتين دون الأخرى)، التحويل المتزامن (تفسر أولوية البيانات من خلال وجهة نظر المؤيدين لإحدى الطريقتين) إن تصميمات الطرق المختلطة توفر فرصاً لتقييم البيانات من العديد من الاتجاهات والمنطلقات، وتوسع آفاق البحوث العلمية. ومن الواضح ان هذا المدخل سوف يلعب الدور الرئيسى في المنهجية المستقبلية.

تقييم المناهج النوعية Evaluation of Qualitative Methodologies

فيما يبدو أن المناهج النوعية واعدة للباحثين كمناهج بحث قابلة للتطبيق ولكنها لا تخلو من العيوب أيضاً. احد الطرق لتقييم هذا الشكل من البحوث تتمثل في ربطها بالمقاييس اللامعيارية – كما وصفنا في الفصل الرابع – حيث إن مناهج البحث النوعية تستخدم المقاييس اللامعيارية مثل الملاحظة، والتقييم البيئى. من حيث مناحى الضعف، فإن القياس اللامعيارى والطرق البحثية النوعية نفتقدان الى الموضوعية، القدرة على التقييم ضمن مجموعة مرجعية، كما أنه قد ينتج عنها نتائج مشوشة، ومحيِّرة، وفى الغالب يفتقدان إلى مستوى معقول من الثبات والصدق. أما الميزات التي تتمتع بها المقاييس اللامعيارية والطرق البحثية النوعية فتتمثل في أنهما يقدمان منهجاً فردياً مرناً، ينتج عنه معلومات خاصة وفريدة للفرد كما يمكن تعديلهما لتناسب الفروق الفردية، بالإضافة الى أن هذا المنهج يعزز الدور الايجابي للمرشد النفسي (الباحث) والمسترشد المشارك. هذه الميزات تجعل الطرق البحثية النوعية – تحديداً جذابة للبحوث في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Helms 1989,). كما أن هناك ميزة أخرى تتمثل في ان طرق البحث النوعي تتطلب بعض المهارات التي يتطلبها الإرشاد النفسي الفعال. "....... هذه الطرق الجديدة لا تتناسب مع الباحثين غير الواثقين والمتمردين ضعاف القلوب. فهي تتطلب شجاعة في التخيل للقدرة على مواجهة المجهول، ومرونة وبعض الابداع وقدراً كافياً من المهارات الشخصية في الملاحظة والمقابلة، والفحص الذاتي – في الحقيقة بعض المهارات ضرورية من أجل الإرشاد النفسي الفعال، لكنها الآن موجهة بشكل نظامي نحو تعليم المبادئ والتعميمات، وليس نحو التغير الفعال لدى الأفراد" -83 .Goodman , 1989 ,pp) (54على الرغم من أن البحوث النوعية قد حققت لنفسها مكاناً بين مناهج البحث، الا أنها لا مازالت عرضة للمفاهيم الخطأ والتحديات. على سبيل المثال، قد يكون لدى الأطباء المعالجين انطباع بأن

طرق البحث النوعية تحتاج الى عملية بحث طويلة. وتتطلب العيش في مكان معين أثناء إجراء الدراسة، وهذا ما يمنع الأطباء المعالجين النشطين من استخدام هذا النوع من البحوث. كما تحتاج أيضاً إلى خطوط إرشادية أكثر وضوحا من أجل جمع وتحليل البيانات. في الوقت الحالي، يبدو أن كثيراً من الإجراءات غامضة، تهدف الى التنظيم، ومسببة للحيرة. ربما تستطيع مناهج جديدة مثل التحليل النوعي المتكامل- أن تنتج في التغلب على هذه التحديات، وأن البحوث النوعية يمكن تقييمها من خلال جودة الطرق، والبيانات، أساليب تحليلها وأشار سيلفرمان (2001.2004) إلى التحديات المتعلقة بالحفاظ على الأمانة العلمية في البحث النوعي مشيراً إلى أن تقييمها يمكن أن يتم عن طريق تقييم نوعية الطرق والبيانات وتحليل البيانات: يؤكد "سيلفرمان (2001)" على أهمية الالتزام بالطرق الموثوقة (الصادقة) والحساسة لجعل البيانات ذات معنى، حتى وإن كنا نوصي بأن يتم دراسة الظواهر الاجتماعية محلياً واجتماعياً من خلال أنشطة المشاركين" (Arkham , 2004 , p.l 20)

تصميمات الحالة الواحدة Single- Subject Designs

تمثل تصميمات الحالة الواحدة شكلاً آخر من أشكال البحوث الواعدة للممارسين. ربما تستخدم هذه التصميمات مع مسترشد واحد أو مجموعة واحدة من المسترشدون. في تصميمات الحالة الواحدة فإن، الأفراد هم أنفسهم ممثلون للمجموعة الضابطة لأنفسهم، وليس أفراد آخرين أو مجموعات أخرى كما في تصميمات مقارنة المجموعات. نظراً لأن الأفراد هم أنفسهم أيضاً المجموعة الضابطة، إن البحوث والتقييم اللذين يستخدمان تصميمات الحالة الواحدة يراعيان دراسة المفحوص الواحد حتى مع أعداد كبير من الأفراد المشاركين (Cooper et al., 2007) وعلى الرغم من أن هذه التصميمات واعدة إلا أن شاريلى (2007) يرى أن العدد = 1 مازال غامضاً على المرشدين النفسيين، والباحثين من المرشدين النفسيين ويؤكد على ذلك لويزيرفولد و بيلوود (2000). وللتخصل من هذه المشكلة شجع (شاريلي) التربويين من المرشدين النفسيين على تبني منهج تدريبى كالذي أشار إليه لويزيرفولد& بيلوود ويسعى، تطبيق مبادئ بحث الحالة الواحدة على الممارسات الإكلينية اليومية، الى ثلاث مجموعات مميزة: (Stile, 1993) هي: أ ب أ او "العكسية"، وتصميمات الخط القاعدي المتعدد، وتصميمات العلاج المقارن، هذا الجزء يصف تصميمات العكسية العناصر المتعددة وتطبيقاتهم على بحوث وتقييم الإرشاد النفسي، تحليل التأثيرات تتحدد بالتحليل البصرى كما هو واضح من الشكلين (3،4)، بينما التحليل الإحصائي لتصميمات الحالة الواحدة ممكن أيضاً. ولكنه خارج إطار هذا الكتاب جدول (14) يصف الخطوات الثماني الرئيسية المتضمنة في تطبيق استراتيجيات تصميم الحالة الواحدة على بحوث وتقييم الإرشاد النفسي.

تصميمات أب أ: هذه العائلة من التصاميم حصلت على اسمها من التصميم التجريبى البسيط، الفرد الواحد، والذى يتطلب قياس لأثر المعالجة المطبقة عند التطبيق وقياس الأثر عند التوقف عن التطبيق. تسحب مرة أخرى. هناك عدة صيغ شائعة لتصميمات (أ ب أ) وهي: أ، ب، أ- ب، أ- ب-أ و أ - ب - أ - ب. التصميمات الثلاثة الأول يطلق عليهما: قبل التجريبى وهي خاصة بتصميم (أ، و ب)، وشبه التجريبى (تصميم أ - ب) وهو عرضة لتهديد الصدق الداخلي له، فنتيجة لعدم تكرار أثر العلاج لايستطيع المعالج أن يستنتج بثقة أن طريقة العلاج التي استخدمها هي وحدها المسؤولة عن التغير الذي حدث في السلوك. وبذلك لا يمكن الحديث عن علاقة سببية (سبب- نتيجة) تصميمات

أ – ب – ا– ب، فتصنف على أنها تصميمات تجريبية لأن الباحث يقدم دليلاً مقنعاً جداً على العلاقة السببية (الوظيفية) بينت طريقة العلاج والسلوك لأنه يشمل على التكرار المباشر لأثر العلاج.

جدول (14) خطوات في تطبيق استراتيجيات تصميم الحالة الواحدة

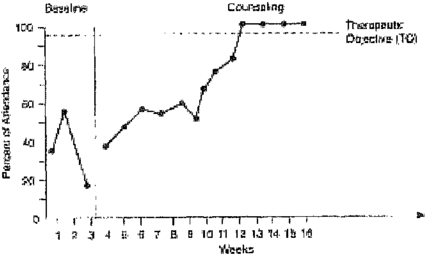
الخطوة	الاجراءات
1– التحديد	–حدد المهارات أو السلوكيات المستهدفة من التغيير (مثلاً: اللا مسئولية)
2– التعريف	–عرف المهارة او السلوك المستهدف بطريقة يمكن ملاحظتها وقياسها (مثلاً: البقاء خارج البيت الى وقت متأخر)
3– اختيار المتغير او السلوك التابع (المتغير التابع)	–وضح خاصية السلوك المراد قياسه والهدف الإرشادي،على سبيل المثال، عدد مرات تكرار حدوث البقاء خارج المنزل ويمكن قياسها من خلال علاقتها بعلاج معين و النتيجة المتوقعة هي رقم صفر لعدد مرات التكرار.
4– تحديد المتغير المستقل أو المعالجة	–حدد المعالجة (مثلاً: الأسلوب الإرشادي) المراد تطبيقه على المتغير التابع، مثلاً النتائج المنطقية يمكن تطبيقها على سلوك البقاء خارج المنزل الى وقت متأخر.
5– استكمال الخطة	–استكمل كل أجزاء الخطة. القرارات التى تم اتخاذها فى هذه الخطوة ينبغى أن تشتمل على من سيسجل حدوث السلوك (البقاء خارج المنزل الى وقت متأخر) وكيف يمكن تسجيل حدوث السلوك (مثلاً: تكرار حدوث السلوك، مدة حدوثه أداة تسجيل بسيطة).
6– التدريب	–درب (إذا كان هذا مناسباً) كل المشاركين الآخرين لكي يتم تنفيذ إجراءات جمع البيانات /المعالجة، على سبيل المثال، كل الملاحظين ينبغي عليهم ممارسة جمع البيانات حتى يصلوا إلى درجة الاتفاق التام على تسجيل معدل حدوث السلوك (المتغير التابع).
7– التدخل وجمع البيانات	–تدخل بمنع، أو تطبيق، أو سحب المعالجة أثناء جمع البيانات بشكل مستمر عن المتغير التابع (مثلاً: عدد مرات حدوث السلوك).
8– الرسم البيانى	– مثل بيانياً نتائج المعالجة بوضع نقاط البيانات على ورقة الرسم البيانى، والتوصيل بين النقاط لتمثيل الاتجاه

– التصميم أ: يشار الى هذا التصميم على أنه تصميم من بحوث دراسة الحالة، والتي تعرف بأنها (أ)دراسة ذات عمق محدد، (ب) لمثال أو اكثر للظاهرة، (ج) في سياقها الحقيقى والذي (د) يعكس، وجهة نظر المشاركين في الظاهرة (Gall et al. , 2007, p.447).يمكن النظر الى التصميم (أ) على انه فترة ممتدة يتم أثناءها جمع البيانات عن المتغير التابع – السلوك الذي ترغب في تغييره– ولكن المعالجة محجوبة أو لا يمكن تطبيقها الآن (أثناء جمع البيانات).

- التصميم (ب): التصميم (ب) مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتصميم (أ). ففي هذا التصميم لا تتم ملاحظة التغير في خط القاعدة، ولكن يتم مراقبة التغيرات التابعة خلال فترة المعالجة. يعتبر التصميم (ب) تعديلاً مقارنه بطريقة دراسة الحالة غير المضبوطة.
- التصميم (أ =- ب): يتجنب التصميم (أ - ب) بعض العيوب الموجودة في التصميم (أ)، والتصميم (ب) يبدأ الفاحص بإختيار مفحوص أو مفحوصين، ويحدد المشكلة، ويختار متغيراً تابعاً، ويختار المعالجة، بعد ذلك، يتم قياس المتغير التابع أثناء ملاحظات الخط القاعدى (أ). من ثلاث إلى خمس ملاحظات. (Alberto & troutman, 2006). في المرحلة الثانية والأخيرة من هذا التصميم، يقوم الباحث بتطبيق المعالجة (ب) ويقيس تأثيرها على المتغير التابع. في هذا التصميم، يمكن اعتبار الخط القاعدى ضابطاً لأنه يتنبأ بالسلوك المستقبلى بدون تدخل. النقد الرئيسى على هذا التصميم يتمثل في أنه قد يكون التغير نتيجة عوامل أخرى تزامن حدوثها مع المعالجة، أو ربما كان السلوك سيتغير حتى لو لم تتم معالجته.
- التصميم (أ - ب - أ): يمثل التصميم (أ - ب - أ) نتيجة للاعتراضات على تصميم (أ- ب)، وذلك من خلال استخدام خط قاعدى ثان (أ 2) كضابط. في هذا التصميم تؤدي المراحل المختلفة وظائف مختلفة فعندما تطبق المعالجة (ب) ويتم سحبها ورافق ذلك اقتراب الخط القاعدي (أ 2) من (أ1) ، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة الشيء في طبيعة العلاقة بين المتغير المستقل (المعالجة) والمتغير التابع (السلوك). العيب الرئيسى في التصميم (أ - ب - أ) يتمثل في أنه غالباً ما ينتهى بإتجاهات سلبية نظراً لانسحاب المعالجة الفعالة (Gall et al., 2007).
- التصميم (أ - ب- ا - ب): يصحح التصميم (أ - ب - أ - ب)العيب الرئيسى في تصميم (أ - ب - أ) لأنه ينتهى بحالة معالجة ثانية ؛ أو (ب 2). لهذا السبب، نادراً ما يكون التصميم (أ - ب - أ) هو التصميم الأصلي والمستخدم في هذا التصميم تؤدي المراحل التجريبية، المختلفة وظائف مختلفة فمرحلة الخط القاعدي الأولى تعمل بمثابة اساس للتنبؤ بقيمة السلوك المستقبلية أما مرحلة الخط القاعدي الثانية فالهدف منها هو التحقق من صحة التنبؤ في مرحلة الخط القاعدي الأولى. كذلك فإن مرحلة العلاج الأولى توضح أثر العلاج في السلوك، بينما تعمل مرحلة العلاج الثانية على توضيح تكرار ذلك الأثر الذي حدث في مرحلة العلاج الأولى. فلكما زاد تكرار الأثر ازدادت الثقة بالعلاقة الوظيفية الحالة التالية توضح الخطوات المتبعة في تطبيق تصميم (أ -ب - أ) لتقييم فعالية برنامج إرشادى. هذه الخطوات تمت الإشارة إليها في جدول (14). وقد تم اختيار التصميم (أ -ب) لسهولة تطبيق. ربما يرغب المرشدون النفسيون المبتدئون في استخدام هذا التصميم في دراسة استطلاعية عن أسلوب إرشادى جديد.

حالة آن: أن فتاة تبلغ من العمر 17 عاماً، وهى طالبة في مدرسة ثانوية. السلوك المستهدف، والمحدد (الخطوة 1 في جدول 14) في هذه الحالة هو "الفوبيا المدرسية"عرف مدير المدرسة سلوك آن (الخطوة 2) بأنه الرفض الدائم للذهاب إلى المدرسة أو الفشل في البقاء هناك متى وصلت إليها. تتم إحالة آن إلى المرشد النفسي المدرسي للمساعدة في هذه المشكلة. قبل رؤيته لآن، فحص المرشد

النفسلى المدرسى سجلات الحضور، والتي أوضحت أنها حضرت المدرسة لليوم الكامل فقط 40%، 60%، 20% من الوقت أثناء الأسبوع الأول، والثانى، والثالث من المدرسة على التوالي. عند هذه النقطة، حدد المرشد النفسي نسبة الحضور بأنها المتغير التابع، وتوصل الى الهدف العلاجى (الخطوة 3) وهو حضور آن الى المدرسة بنسبة 95% من الوقت كل أسبوع إلا إذا كان هناك عذر مقبول، مثل حالة طوارئ في الأسرة بعد ذلك، حدد المرشد النفسي - كمتغير مستقل - حزمة علاجية تتكون من جلسات إرشادية فردية وجماعية، وأستكمل كل الخطط الأولية (الخطوات، 4- 5) نظراً لان التدريب (الخطوة 6) ليس ضرورياً في هذه الحالة، فإن الخطوة التالية تمثلت في البدء في التدخل وجمع البيانات (الخطوة 7). تم استخدام منهج موجه بالسلوك في الجلسات الفردية. في هذه الجلسات تم مساعدة آن على فهم كيف أصبحت المدرسة مصدر تهديد بالنسبة لها، وكيف أن أعراض جسيمة معينة مثل الغثيان، الإسهال، والدوخة كانت مرتبطة بالقلق، بعد أربع جلسات، استطاعت آن الدخول إلى مكتب المرشد النفسي وأن تحضر درساً واحداً بشكل مستقل، ثم تم دعوتها للحضور إلى جلسات جماعية أسبوعية مع طلاب آخرين في المدرسة لديهم فوبيا المدرسة أيضاً لمناقشة الشعور نحو المدرسة وقضايا أخرى ذات صلة بهذا الموضوع خلال فترة زمنية قدرها أربع أشهر، لاحظ المرشد النفسي أن آن قد نمت اتجاه اهتمام ورعاية نحو الأعضاء الآخرين في المجموعة. فقد كانت تلتقى معهم قبل المدرسة، وغالباً ما كانوا يعودوا الى البيت معاً. ومع بداية عطلة عيد الميلاد (الأسبوع الخامس عشر)، أعلنت للمجموعة أن حضورها (المتغير التابع) قد زاد بنسبة 100% أشارت المتابعات الى أن حضورها ظل عند هذا المستوى. الرسم البيانى الذي أعدة المرشد آن (الخطوة 8) يبينه الشكل (3).



الشكل (3) التصميم (أ - ب) لحالة آن

تصاميم خط القاعدة المتعددة: التنوع في تصميم (أ - ب) يتمثل في تصميم الخط القاعدي المتعدد. وتعتبر التصاميم العكسية مثل (أ - ب - أ) أو (أ -ب أ - ب) غير مناسبة لسلوك معين. على سبيل المثال، قد ينظر الى المرشد النفسي على انه غير أخلاقي إذ بدأ في مرحلة الخط القاعدي

الثانى عندما يبدو أن العلاج (مثلاً: المراقبة الذاتية) مرتبط بالتثبيط الكبير للسلوك العدوانى لدى المسترشد. ويرى كار (2005): أن أحد أسباب شعبية تصميم الخط القاعدى المتعدد انه لا يتطلب سحب المتغير المستقل، والذى قد يكون في بعض الأحيان - غير عملى أو مستحيلاً (مثلاً: إستراتيجية إدارة الذات). (p. 219).فى هذه الحالات، لابد من اعتماد تصميمات الخط القاعدى المتعدد. هناك ثلاث تصميمات للخط القاعدى المتعدد وهى: -الخط القاعدى المتعدد للسلوكيات، الخط القعدى المتعدد للظروف، والخط القاعدى المتعدد للمفحوصين. من الممكن النظر الى هذه الثلاث على أنها امتدادات للتصميم (أ - ب) كما هو واضح من حالة آن.

الخط القاعدى المتعدد من خلال السلوكات: هذا التصميم وجد للاستخدام مع المفحوص الواحد أو مجموعة من المفحوصين عند استخدامه مع المجموعات، يتم استخدام الوسائل الحسابية، ويتم معاملة المجموعة على أنها مفحوص واحد. عند استخدام هذا التصميم، يقوم الفاحص (الباحث) بحذر باختيار السلوكيات المستقلة عن بعضها البعض. وقد وصف بورج و جول (1989) الحاجة لهذا الإجراء كما يلى:

"تظهر الاستقلالية من خلال التغييرات في السلوك المستهدف الذي تطبق عليه المعالجة، في حين تظل سلوكيات أخرى مستهدفة (أو الضابطة) في معدل خط قاعدى ثابت. إذا تغيرت سلوكيات أخرى بشكل أكيد عن الخط القاعدى، يكون تصميم الخط القاعدى المتعدد غير صادق" (P.585)

الخط القاعدى المتعدد خلال الظروف: أيضاً الخط القاعدى المتعدد عبر الظروف وجد من أجل الاستخدام مع المفحوص الواحد أو مجموعة من المفحوصين في هذا التصميم، يتم دراسة تأثير المعالجة على المتغير التابع في زمن مستقل أو في مواقع فيزيقية بيئة مستقلة.

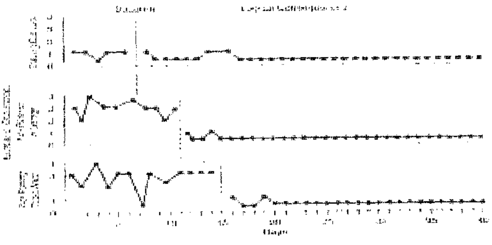
الخط القاعدى المتعدد للمفحوصين: يُستخدم التصميم عبر المفحوصين مع المجموعات المتجانسة. على سبيل المثال، استخدم جارديل و براودر (1995) هذه المنهجية لدراسة فعالية تدريب التلاميذ ذوى الاضطرابات السلوكية الحادة، والصعوبات النمائية على استخدام النقود بشكل مستقل.

الحالة التالية توضح الخطوات في تطبيق تصميم الخط القاعدى عبر السلوكيات في الموقف الإرشادى. كما هو واضح من الشكل (4) فإن التصميم يحتاج من المرشد النفسي أن يطبق معالجة (ب) على تعاقب السلوكيات التي تعتبر خطاً قاعدياً (أ). الخطوات التي تشير إلى ذلك يوضحها جدول (14) السابق

حالة درو: درو شاب جامعى يبلغ من العمر 18 عاماً يعيش فيْ بيت مع أبيه وأمه. السلوك المستهدف الذي حدده المرشد النفسي والوالدان (الخطوة 1) هو " اللا مسئولية " عُرف السلوك اللامسؤول بأنه (أ) البقاء خارج البيت إلى وقت متأخر، (ب) عدم وضع السيارة في الكراج، (ج) عدم

وضع أدوات والده في أماكنها بعد استخدامها (الخطوة 2). بعد الملاحظة الدقيقة لهذه السلوكيات لمدة خمسة أيام، حدد الوالد عدد مرات حدوث السلوك غير المسؤول على انه المتغير التابع، ووضع هدف العلاج النفسي (الخطوة3) ألا يحدث السلوك أي تكون درجة حدوثه صفراً. بعد مناقشة طويلة، قرر المرشد النفسي والأسرة أن النتائج المنطقية (Dreikurs & Soltz,1964) تتمثل في المنهج العلاجي المستخدم في الاستجابة للسلوكيات غير المسؤولة لدى درو (الخطوة 4). تنطوى النتائج المنطقية على معرفة نواتج سلوك الفرد، كما في خسارة استعمال السيارة إذا دعُي الفرد للمثول أمام القضاء نتيجة قيادة السيارة وهو سكران. تم استكمال التخطيط (الخطوة 5) عندما أتخذ القرار بأن درو يمر بخبرة نتيجة منطقية فور حدوث السلوك غير المسؤول. بالإضافة إلى ذلك فإن تطبيق النواتج المنطقية سوف يتم بشكل تسلسلي كالأتي: (أ) أولاً البقاء خارج البيت فقط لوقت متأخر،(ب)ثانياً، عدم وضع السيارة في الكراج بشكل مناسب، (ج) أخيراً لكل السلوكيات الثلاثة (البقاء خارج البيت لوقت متأخر، عدم وضع السيارة في الجراج بشكل مناسب ، عدم وضع أدوات الوالد في أماكنها بعد الاستعمال). بعد ذلك، قام المرشد النفسي بتدريب الأب والأم على وضع علامات تبين مرات حدوث هذه السلوكيات على أداة بسيطة (الخطوة 6).

بدأ العلاج (الخطوة 7)، حيث أخبر دروب انه سوف يخسر موافقة أهلة على الخروج من البيت إذا رجع إلى البيت بعد الساعة الحادية عشرة مساءً بعد، تم تطبيقة للمعالجة أيضاً على وضع السيارة في الكراج ، بمعنى، إذا لم يقم بوضع السيارة في الكراج، فلن يستخدمها مرة أخرى. أخيراً، بعد خمسة أيام أخرى (16 يوماً)، تم تطبيق إستراتيجية النتيجة المنطقية على وضع أدوات الوالد في أماكنها. إذ لم ينجح درو وفي وضع أدوات الوالد في أماكنها بعد استخدامها، فلن يستعيرها مرة أخرى .تم تطبيق العلاج على السلوكيات الثلاثة، واستمر الوالد والوالدة في الملاحظات وجمع البيانات. قام الأب برسم تقدم (درو) على ورقة رسم بياني (الخطوة 8)، كما هو واضح من الشكل (4)



الشكل (4) تصميم الخط القاعدي المتعدد عبر السلوك لحالة درو

من الواضح أن استخدام النواتج المنطقية قد ينتج عنه إزالة كل السلوكيات المشكلة المستهدفة بالتغيير. بالإضافة إلى ذلك، بقي معدل حدوث السلوكات الصفر حتى تم سحب المعالجة والمراقبة بعد 40 يوماً.

تقييم تصميمات الحالة الواحدة: تعطي تصميمات الحالة الفردية قوة للمعالج النشط، حيث تقدم وسيلة موضوعية لتقييم ما يحدث في العملية الإرشادية مع مسترشد واحد أو مجموعة من المسترشدون خلال فترة معينة من الزمن. ومع ذلك، لسوء الحظ، نادراً ما يستخدم المرشدون النفسيون تصميمات المفحوص الواحد لإعلان النتائج. يشير شاربلي (2007) إلى أهمية أن يستخدمون المرشدين النفسيين لتصميمات العدد =1 ليوضحوا لمسترشديهم أن الخدمات المقدمة لها تأثير إيجابي، ويوضحوا أيضاً للمؤسسات الداعمة أن الإرشاد النفسي يستحق ما ينفق عليه من مال. هناك ميزة أو فائدة أخرى تتمثل في أن استخدام تصميمات المفحوص الواحد يمكن أن تعطي للمرشدين النفسيين تغذية راجعة تتعلق ببرامجهم العلاجية الاستراتيجيات التي يحتاجون إليها . عند تطبيقها في الإرشاد النفسي، فإن تصميمات الحالة الواحدة تستخدم بشكل رئيسي مع الاتجاهات السلوكية. نحن في حاجة إلى بحوث أخرى لتوسيع دائرة استخدام هذه التصميمات لتناسب مدارس الإرشاد النفسي الأخرى.

قضايا التنوع المستقبلية في البحوث والتقييم

DIVERSITY AND POSTMODERN ISSUES IN RESEARCH AND EVALUATION

لابد من تطبيق اتجاه الإرشاد النفسي متعدد الثقافات على كل مظاهر العملية الإرشادية (بما في ذلك البحوث والتقييم). إن الاتجاه متعدد الثقافات يمكن المرشدين النفسيين -مثل الفنانين- من المعرفة الدقيقة لقضايا التنوع، التي قد يكون لها تأثير على البحوث العلمية على سبيل المثال، المتعارف عليه والطبيعي مراعاة قضايا الجنس والثقافة، والمستوى الاجتماعي - الاقتصادي عند تصميم دراسة بحثية. هناك قضية أخرى ترتبط بالتنوع والبحوث متعددة الثقافات، وهي دور الباحثين البيض. هناك قلق لدى البعض من أن مجال الإرشاد النفسي متعدد الثقافات يهيمن عليه الباحثون البيض على حساب باحثي الأقليات (Mio & Iwamasa,1993). أتكلينسون (1993) يرى قناعة بأن القضايا الرئيسية في هذا المجال ترتبط بالأخلاق، والمنافسة. القضايا الأخلاقية تخص تحديد من هو في أفضل وضع لتقييم الإرشاد النفسي متعدد الثقافات بشكل واقعي. إن الإجابة على هذا السؤال سوف تؤثر بدون شك على قضايا المنافسة ويأكد بيدرسين (1993) على أن المشكلة الرئيسية في هذا المجال ترتبط بالتبسيط المبالغ فيه، واستقطاب الفئات، مثل الأغلبية – الأقلية، وأن هناك حاجة لأن يعمل كل الباحثين من أجل أرضية واحدة تتسم بالاهتمامات المشتركة.

فيما يبدو أن الاتجاهات المستقبلية -بناءً على النظرة الشخصية للواقع- توازي بين خصائص البحوث النوعية وفن الإرشاد النفسي. تعطي أمثلة البحوث المستقبلية، ودراسات الحالة والمقابلات ذات العمق المحدد فرصاً لاكتشاف المعاني من قصص المشاركين.

والاتجاهات المعاصرة تلتزم النظرة الموضوعية للحقيقة أو الواقع، فهي تشبه عناصر البحوث الكمية وفن الإرشاد النفسي إن وجهات نظر المعاصرين الثابتة عن الواقع تناسب البحوث النوعية، والتي تتميز بأنها تركز إحصائياً على اختبار الفرضيات التي تحاول تفسير "الحقيقة" بلغة محددة (أبيض – أسود) يقوم جيرجين (1994a) بعمل تقييم لبحوث ما بعد المعاصرة ونظرتها الشخصية عن الحقيقة، وهو على قناعة بأن البحوث التي تلتزم بالافتراضات العامة التي تتعلق بالواقع والمعرفة ربما تنقل معلومات غير دقيقة، ومضللة، وضارة بشكل كبير عما يمكن اعتباره حقيقة. يقترح جيرجين أن الباحثين ينبغي أن يكونوا على وعي بالكيفية التي يمكن أن توجد بها القوى الاجتماعية – الثقافية الحقائق أو الوقائع المتعددة. على سبيل المثال، تعترف العديد من الثقافات الغربية بالاكتئاب، وتعالج الملايين بالأدوية المضادة للاكتئاب، بينما أفراد آخرون من ثقافات أخرى بقوا على قيد الحياة لقرون بدون أن يظهر مفهوم الاكتئاب في لغتهم.

يشير لداندريا رفاقها (2008) أن الاتجاه متعددة الثقافات يتسم بالإيمان والأمل – الإيمان بأن البحوث سوف ينتج عنها وعي وفهم متزايد بالقضايا متعددة الثقافات، والأمل بأن هذه الاكتشافات سوف تسهم في تعزيز الإنسان وصحته النفسية. قام هؤلاء الباحثون بصياغة مجموعة من التوصيات للبحوث متعددة الثقافات المستقبلية (مثلاً دراسة فعالية الكفاءات متعددة الثقافات واستراتيجيات المساعدة البديلة) إنّ البحوث في طريقها لإعداد أدوات بحثية يمكن استخدامها لتقييم الكفاءات متعددة الثقافات. وقد أعد كيم ورفاقه (2003) قائمة مهارات المعرفة متعددة الثقافة – نسخة المرشد النفسي المنقحة كاداه تقرير ذاتي يمكن استخدامها لتقييم المنافسة بين الثقافات المتعددة. في حين قارن كارترايت ورفاقه (2008) تقديرات تقرير الذات على قائمة مهارات المعرفة متعددة الثقافة – نسخة المرشد النفسي المنقحة مع تقديرات الملاحظ المستقل لجلسات الإرشاد النفسي المصورة. وقد وجدوا أن مقاييس التقرير الذاتي للطلاب في التدريب مبالغ فيها مقارنة بتقديرات الملاحظين المستقلين. خلص الباحثون إلى أن بحوث المنافسة بين الثقافات المتعددة لا ينبغي أن يقتصر على التقارير الذاتية وحدها، بل ينبغي تضمين تقييم الملاحظين المستقلين أيضاً.

الخلاصة

البحوث و التقييم وجه مستمر لعملية الإرشاد النفسي. تقوم استراتيجيات البحث بوظائف متعددة مثل تقديم وسيلة لتقييم فعالية المدخل الإرشادي وتوصيل المسؤولية التربوية، و المساهمة في تقديم منشورات مرتبطة بمهنة الإرشاد النفسي. كما يمكن أن تسهم البحوث والتقييم في نموذج علم الإرشاد النفسي من خلال تقديم معلومات موضوعية تتعلق بالعملية الإرشادية. إن ممارسة البحوث و التقييم فن وعلم، مع مناهج مثل المناهج النوعية، وتصميمات الحالة الواحدة تشجع الأطباء المعالجين على تنمية استراتيجيات تقييم إبداعية ومرنة.

الاستكشاف الشخصي

1- ما مدى تشابه البحوث النوعية مع النظرية المستقبلية ؟

2- كيف تؤثر النظرية، البحوث، و الممارسة في بعضها الآخر ؟

3- ما هي مناحي القوة و الضعف في تصميمات بحوث الحالة الواحدة؟

4- كيف يمكن لقضايا التنوع مثل الثقافة، والجنس، و السن أن تؤثر في البحوث؟

الجزء الثاني

تنمية منهج شخصي للإرشاد النفسي من اتجاه الثقافات المتعددة

الجزء الثانى يقدّم خطوطاً إرشادية لصياغة منهج شخصي للإرشاد النفسي ضمن اتجاه الثقافات المتعددة ، ويغطى الفصول الأربعة التالية :

الفصل السادس : تنمية منهج شخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة

الفصل السابع : النظريات الكلاسيكية لفرويد، و أدلر، و ينج .

الفصل الثامن: النظريات والاتجاهات الخبراتية

الفصل التاسع : النظريات السلوكية – المعرفية

الفصل 6

تنمية مدخل شخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم خطوطاً إرشادية لصياغة المدخل الشخصي للإرشاد النفسي ويخاطب قضايا ترتبط بالإرشاد متعدد الثقافات ، كما يتناول الموضوعات الآتية :

- فن وعلم تنمية المنهج الشخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة .
- تنمية مدخل شخصي للإرشاد النفسي
- نموذج ثماني المراحل لتنمية المنهج الشخصي
- الإرشاد النفسي متعدد الثقافات
- التحديات الكبيرة في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات
- مقترحات لدمج المنظور متعدد الثقافات

فن وعلم تنمية المنهج الشخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة

THE ART AND SCIENCE OF DEVELOPING A PERSONAL APPROACH TO COUNSELING FROM A MULTICUTURAL PERSPECTIVE

إن تنمية المدخل الشخصي للإرشاد النفسي من منظور الثقافات المتعددة فن وعلم. فن في تجميع عدة عوامل معاً مثل التفضيلات الشخصية، قضايا التنوع، وخصائص المسترشد، تنمية وتطبيق المدخل الإرشادي. يبدأ فن الإرشاد النفسي بالتقييم الذاتي لتحديد نقاط القوة والضعف، والاتجاهات، والمعتقدات التي يمكن أن تعزز أو تعيق العملية الإرشادية. ثم، يتم تشجيع المرشدين النفسيين على العمل على تنمية الخصائص الشخصية التي تعزز النمو الأفضل لدى المسترشد. أما علم تنمية المدخل الشخصي، فينطوي على استخدام البحوث لتحديد فعالية النظريات والإجراءات لتزيد من استخدام الاتجاهات المثبتة خلال العملية الإرشادية.

يسهم الاتجاه متعدد الثقافات بشكل هام وحاسم في تنمية المدخل الشخصي للإرشاد النفسي، والذي يمكن تنبثق عنه قضايا الثقافات المتعددة أثناء العملية الإرشادية. يكمن فن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات في مهارة المرشد النفسي في تقييم قضايا التنوع والاستجابة لها بشكل دقيق - تلك

القضايا التي تتمثل في الحالة الاجتماعية - الاقتصادية، الثقافة، الجنس، والتوجه الجنسي. كما أن هناك تحدٍ ذو صلة في فن الإرشاد النفسي وهو تعلم كيفية تكييف نظريات الإرشاد النفسي التقليدية وإجراءاتها من اتجاه متعدد الثقافات للوفاء بالحاجات المستجدة والفريدة للمسترشدون. وهذا يمكن أن ينطوي على الاعتراف بقيمة الطرق البديلة في المساعدة. أيضاً يقدم فن الإرشاد النفسي للمرشدين النفسيين فرصاً للتعرف إلى ثقافات متعددة مما قد يثري معلوماتهم وخبراتهم فيها. ربما يهتم المرشدون النفسيون بالفن التقليدي للثقافة (مثل حركة نافاجو) لاستكشاف قضايا مثل التثقف، وجهة النظر عن العالم الذي يعيشون فيه وعن ذواتهم وتنمية الهوية ليكونوا على وعي بالفروق الفردية وقضايا العلاقات الثقافية التي يمكن أن تؤثر على المسترشدون.

إن علم الإرشاد النفسي متعدد الثقافات يدخل في مرحلة مثيرة. فقد تم تحديد عدد من الكفاءات التي تعزز الوعي، والمعرفة، والمهارات المرتبطة بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات. الآن، يتم إعادة تقييم مدارس الإرشاد النفسي التقليدية والمناهج البحثية من منظور الثقافات المتعددة للتغلب على مشكلات مثل التحيز تجاه البيض، والطبقة الوسطى، والنموذج الذكري للإرشاد النفسي. كما يتم تعديل النظريات الرئيسية في الإرشاد النفسي (مثل: النظريات النمائية) لتناسب قضايا التنوع مثل الجنس والثقافة. ومن أمثلة هذه الاتجاهات المثيرة العمل الريادي لكارول جليجان (1982) عن النمو الأخلاقي للأنثى.

حدد هانسن (2002) التوقعات المستقبلية لفن وعلم الإرشاد النفسي، حيث يقترح بأن مناهج الإرشاد النفسي التقليدية لها أصولها في العلم، ومن ثم يمكن أن تعزز الالتزام المهني طويل المدى بمنهج معين. ويرى هانسن أنه عندما "يتم صياغة مفاهيم منهجية مثل بناءات تفسيرية روائية، فإن بإمكان المرشدين النفسيين المبتدئين ايجاد هويات مهنية أقل تزمّتاً - هذه الهويات سوف تترجم بشكل طبيعي إلى ممارسة مرنة، تتمركز حول المسترشد". (p.321) ومن ثم يستطيع المرشد النفسي أن يساعد المسترشدون على رؤية عالمهم من نقطة جديدة ومفضلة ومبتكرة (السمات الرئيسية للفنون)، والتي تتطابق مع وجهة نظر هانسن عن الإرشاد النفسي كفن مقنع يساعد المسترشدون على الانتقال من اليأس إلى الأمل ومن العجز إلى الاستقلالية الذاتية.

تنمية المدخل شخصي للإرشاد النفسي

DEVELOPING A PERSONAL APPROACH TO COUNSELING

لكل من المرشدين النفسيين، والمرشدين النفسيين المتدربين منهجه الخاص في الإرشاد النفسي. بعضهم يضع وقتاً وجهداً كبيرين في تنمية مدخلهم، بينما يقوم البعض بكل بساطة بعملية الإرشاد". إن استخدام المنهج الشخصي الذي هو نتائج التخطيط الواعي يسهم في تبسيط العملية المعقدة للإرشاد النفسي. ومع الوقت، أصبحت هناك وفرة من مناهج الإرشاد النفسي، حيث يشير لين وجراسك (1985) أن مناهج الارشاد تزيد عن 130، كثير منها - كما يقولان - بعيدة عن الاتجاهات

النظرية، وقيمتها مشكوك فيها. كما ذكرا أيضاً أنه قد حدث تحوّل أو انتقال من التركيز على النظريات العديدة إلى التركيز على نظريات أقل، مما نتج عنه مناخ أفضل لدمج النظريات. ويؤيد باتيرسون (1989) ولازاروس وبوتلر (1993) وجهة النظر القائلة بأن هناك اتجاه نحو الدمج والانتقائية. وهناك عوامل عديدة تسهم في اثراء هذا الاتجاه (Norcross & Newman ,1992) :

(1) لا يمكن لنظرية واحدة أن تراعي الاحتياجات المتنوعة للمسترشدون، (2) لقد أظهرت البحوث مستويات متقاربة من الفاعلية لنظريات الإرشاد النفسي المتنوعة، (3) الاتجاه نحو الإرشاد النفسي قصير المدى يتطلب تعديلاً في تطبيق النظريات. في ضوء ما تقدم نجد أن 30% إلى 50% من الأخصائيين النفسيين الكلينيكيين، والإرشاديين الذين شملتهم الدراسات المسحية يعتبرون أنفسهم انتقائيين، وأن 64% من المرشدين النفسيين يدّعون أنهم انتقائيون. Norcross & Newman ,1992) (Norcross et al., 1989;. من الناحية التاريخية، اعتبر البعض أن الانتقائية منهج مفكك، من خلاله يستخدم المرشد النفسي العديد من النظريات والأساليب بدون فائدة من أي إطار نفسي مرجعي مترابط لتلك النظريات (Wachtel,1991) . الملتزمون بالمنهج الانتقائي غالباً ما يفتقرون إلى التوجه الواضح في العملية الإرشادية، ويعانون من مشكلة التحول من نموذج علاجي إلى آخر -Wach) tel,1991). يشير لازاروس و بوتلر (1993) إلى أن هذا النوع من الانتقائية هو انتقائية لا نظامية، كما أنهما على قناعة أن هذا المنهج للإرشاد النفسي يفتقد إلى الدقة الإكلينيكية ويؤدي إلى التشويش في الإرشاد النفسي.

يصف كل من لازاروس و بوتلر (1993) الانتقائية الفنية أحد نماذج الانتقائية والدمج التي ظهرت وكان لها دور بارز - بأنها طريقة عملية وفعالة لصياغة مفاهيم المنهج الشخصي للإرشاد النفسي. وهما يعتقدان أن المرشدين الانتقائيون الفنيون يختارون إجراءات من مصادر متعددة بدون تأييد للنظريات التي تدعمها، حيث يعملون ضمن نظرية مفضلة لديهم (Dryden,1987)، ولكن يعترفون بأن أساليب قليلة ترتبط مع النظريات. ومن ثم، فإنهم يستعيرون أساليب من توجهات أخرى، بناءً على القيمة المثبتة لهذه الإجراءات " (p.384).

تُفضّل الانتقائية الفنية أن تقتصر النظريات الأساليب المستخدمة على التي أثبتت فعاليتها من خلال البحوث، وعلى التي تسهم في اتخاذ القرار العمية العلاجية. على سبيل المثال، أحد مدارس الإرشاد النفسي - تسمى العلاج النفسي متعدد الصور (المحاور) ، والتي طوّرها لازاروس (2000) - تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية النظم العامة، ونظرية التواصل الجماعي.

الدمج النظري نموذج آخر معترف به لصياغة المنهج الشخصي للإرشاد النفسي. هذا النموذج ينطوي على تركيب نظريتين أو أكثر من نظريات الإرشاد (Nocross & Newman ,1992)، على سبيل المثال، الاتجاه الحديث نحو دمج الإرشاد السلوكي والمعرفي.؟ ومع ذلك، فإن الدمج الكامل لمدرسة من مدارس الإرشاد النفسي مع مدرسة أخرى مهمة صعبة. كما يرى ووروور وجرينبرج (2000).

أن المستقبل سيشهد دمجاً لعناصر نظريتين أو أكثر مثل استيعاب المعرفة في المناهج الإنسانية، والوجدانيات في العلاج المعرفي. كما أن هناك الكثير ممن يعتقدون أن الدمج النظري ينبغي أن يقوم على نظرية رئيسية من نظريات الإرشاد النفسي، مثل نظرية آلدر، أو النظرية الوجودية لتعزيز الاتساق الداخلي والحس التوجيهي للإرشاد النفسي (Ginter ,1988 ,McBride & Martin ,1990 ,Watts ,1993) . إن استخدام " المنهج المحوري لدمج النظرية " عند تكوين مدخل (إطار) شخصي للإرشاد النفسي يقوم على دمج الانتقائية الفنية مع الدمج النظري، وهذا يتطلب فهماً عميقاً لأحد نظريات الإرشاد النفسي لتحقيق أو إنجاز النظرية الرئيسية. إن النظريات الكلاسيكية لكل من فرويد، وآلدر، وينج تناسب هذا الغرض، حيث أنها تشتمل على نظرية شمولية للشخصية. النظرية الرئيسية سوف تساعد في تحقيق درجة من الاتساق الداخلي، ثم يمكن للمرشد النفسي أن يختار استراتيجيات من نظريات إرشادية أخرى لإشباع الحاجات الفريدة والمستجدة لكل من المسترشدون. وينبغي أن تدعم البحوث الأساليب والإجراءات المستخدمة، وأن تؤدي إلى تخطيط علاجي مناسب.

ملحوظة شخصية

كنت أساعد ثلاثة من المتخصصين في علم النفس المدرسي في الإعداد لاختبار التخرج. فقد كانوا في حاجة إلى المساعدة في التعبير عن منهجهم الشخصي للإرشاد النفسي وتطبيقه على حالة أثناء الاختبار الشفوي. أخبرتهم عن طريقة بسيطة لعمل ذلك، وتتمثل في استخدام تشبيه البصلة. إن نموذج " البصلة " يشجع على دمج النظريات من مدارس الإرشاد النفسي المختلفة، كما يستخدم منظور الثقافات المتعددة يمكن اعتبار مركز البصلة الأساس الفلسفي للإرشاد النفسي لدى الفرد، وهو ما ينبغي أن يكون متناغماً مع هوية الفرد المهنية. ومن الناحية التاريخية، تتبت مهنة الإرشاد النفسي من منظور القدرات النمائية الوقائية. لكل من الطب النفسي، علم النفس الكلينيكي، والخدمة الاجتماعية جذوره التاريخية في النموذج الطبي والحد من الأعراض. في المستقبل، ربما يوازن الإرشاد النفسي بينهما (مثلاً : يرتكز حول الوقائي النمائي، والحدّ من الأعراض). الطبقة الأولى من مركز البصلة هي نظرية الشخصية، وهي تقدم الأداة اللازمة لفهم السلوك الإنساني، مثل البناءات النفسية للمساعدة في تعميم السلوك والتنبؤ به (أنظر الفصل السابع). أما الطبقة الثانية من مركز البصلة فتدمج نظريات الإرشاد النفسي والأساليب الإرشادية ذات الصلة بها لوضع الأهداف الإرشادية. أما الطبقة الأخيرة من البصلة، تجدد الحاجات المستجدة والفريدة للمسترشدون من منظور الثقافات المتعددة. ينبغي أن يكون البحث والتقييم مستمرة وتسمح بالتجديد والتعديل في منهج الفرد إذا لزم الأمر ذلك.

قدّر طلابي هذا النموذج البسيط الشامل في الإرشاد النفسي، واستطاعوا أن يؤدوا بشكل جيد في الاختبار الشفوي النهائي، وعلقوا على ذلك بأن نموذج "البصلة " قد ساعدهم على صياغة مفاهيم " نظريتهم للإرشاد النفسي " وتطبيقها.

نموذج الثماني مراحل لتنمية المنهج الشخصي

AN EIGHT-STAGE MODEL FOR DEVELOPING A PERSONAL APPROACH

يمكن استخدام نموذج الثماني مراحل الآتي لتنمية المنهج الشخصي للإرشاد النفسي. هذه المراحل الثماني هي: التقييم الذاتي، دراسة مسحية للفروع المعرفية الداعمة، استعراض للنظريات الرئيسية في الإرشاد النفسي، دراسة متعمقة لأحد نظريات الإرشاد النفسي المراعية للفروق الفردية، دمج الأساليب من النظريات الإرشادية، التطبيق، والبحوث والتقييم.

المرحلة الأولى - التقييم الذاتي : Self- Assessment

التقييم الذاتي يساعد المرشدين النفسيين على فهم قيمهم، ومعتقداتهم، ومناحي القوة والضعف لديهم؛ وبالوعي الذاتي يمكن للمرشدين النفسيين تجنب الإفراط في ردود الفعل في الإرشاد النفسي، ويمكنهم استخدام مناحي القوة لديهم للوصول بالفاعلية الذاتية إلى أعلى درجة ويرى فونتريس (1988) أن المعرفة الذاتية قد تكون أفضل مؤشر على الحياة الفاعلة لأنها تقدم توجهاً واضحاً في الحياة، كما أنها ضرورية لاتخاذ القرارات ذات المعنى. ذكر ريتشاردسون و مولينارو (1996) أن فيعتقدان الإهتمام بتعدد الثقافات يمكن أن يعززه المرشدون النفسيون المنشغلون في التدرب على الوعي الذاتي والتي تكشف قيمتهم، والهوية الثقافية لهم، ووجهات نظرهم عن أنفسهم وعن العالم من حولهم. قد أكد ماكوتر (1994) على الحاجة للوعي الذاتي متعدد الثقافات حيث ذكر أن المرشدين النفسيين ينبغي أن يعطوا اهتماماً لشخصية المرشد النفسي فقد يكونون أدوات للاضطهاد والظلم الثقافي.

يمكن للمرشدين النفسيين البدء في التقييم الذاتي بطرق عديدة. قد يكون المنهج الأكثر شمولية هو الحصول على الإرشاد النفسي الرسمي. فمن خلال استخدام الاختبارات والإستراتيجيات الإرشادية الأخرى، يمكن للمرشدين النفسيين الحصول على معلومات عن مفهوم الذات لديهم، وشخصيتهم، وهتماماتهم، وقيمهم، وقدراتهم، والجوانب الأخرى ذات الصلة بالذات. كثير من البرامج التدريبية في الطب النفسي. تحتاج من الطلاب إلى البدء في تحليل يجريه المعالج النفسي لمدة عام أو أكثر معتمدين على الاعتقاد بأن الخبرة يمكن أن تزوّد الطلاب بالاستبصارات الذاتية الضرورية لأن يكونوا مقدمين للمساعدة بشكل فعال. قد يولدّ التقييم الذاتي من خلال الإرشاد النفسي الشخصي والإجراءات الأخرى فهماً للخصائص الشخصية التي قد تكون مفيدة في الإرشاد النفسي، تلك الخصائص التي تم الإشارة إليها في الفصل الأول، وتشتمل على الشجاعة، التعاطف، الرعاية، الصبر، والمرونة والتي قد تمكّن المرشدين النفسيين من استخدام " الذات كأداة للتغيير " وبهذه الخصائص، يمكن للمرشدين النفسيين تسهيل العملية الإرشادية من خلال ايجاد الظروف المناسبة للتقبل الايجابي غير المشروطة، والإفصاح الذاتي، والتعاطف، والاحترام.

المرحلة الثانية- الدراسة المسحية لفروع المعرفة الداعمة Survey of Supportive Discipline

يمكن أن تسهم العديد من أفرع العلم في تنمية الاتجاه الشخصي للإرشاد النفسي، إلا أن الطب وعلم النفس هما الأقرب لذلك. ومن العلوم الأخرى المفيدة: الفلسفة، والدين، وعلم الإنسان، علم الاجتماع، والأدب. فيما يأتي عرض موجز لكل فرع من هذه الأفرع :

علم النفس: علم النفس فرع حيوي من أفرع العلوم يمكن أن يستفيد المرشدون النفسيون منه حيث أنه يتضمن المدارس الرئيسية للإرشاد النفسي والعلاج النفسي، وهي الموضوعات التي سوف نتناولها في الفصل السابع، والثامن والتاسع. لعلم النفس عدد من التخصصات التي يمكن أن تسهم في النظرية الشخصية للمرشد النفسي. فيما يأتي قائمة تلخص الجوانب المتعددة لهذه التخصصات :

علم النفس العيادي والإرشادي: يبحث في كيفية استخدام الاختبارات النفسية ومهارات المساعدة الأخرى في العملية الإرشادية.

علم النفس النمائي: يساعد المرشدين النفسيين على اكتساب الفهم عن كيفية حدوث النمو الإنساني على مدار الحياة. تؤكد مهنة الإرشاد النفسي على أهمية الاتجاه النمائي، الذي يمكّن المرشدين النفسيين من تكييّف مناهجهم للحاجات الفريدة للمسترشدون خلال فترات حياتهم.

علم النفس التجريبي: يقدم مرجعية هامة لنموذج علم الإرشاد النفسي من خلال تحديد الإستراتيجيات البحثية لتقييم (اتجاهات) وعمليات الإرشاد النفسي.

علم النفس المرضي: يقدم استعراضاً للاضطرابات العقلية ويساعد المرشدين النفسيين على تعلم كيفية استخدام هذه المعلومات في عمليتي التقييم والتشخيص.

علم نفس الثقافات المتعددة: يستكشف كيف يتباين علم النفس عبر الثقافات. هذه المعرفة قد تكون هامة خصوصاً في تنمية المنظور الإرشادي.

علم النفس المدرسي: يركز على استخدام المهارات النفسية في المدرسة لتقييم الشخصية، الذكاء، القدرة، والتحصيل.

علم النفس الفسيولوجي: يستكشف الأسس الفسيولوجية لعلم النفس. كما أنه يمكن أن يسهم بإطار مرجعي لفهم العوامل الفسيولوجية المرتبطة بالسلوك، والمعرفة، والوجدانيات (الانفعالات).

علم النفس الاجتماعي: يبحث علم النفس في المنظور الاجتماعي، كما أنه منهج واعد بالنسبة للبحوث الإرشادية، لأنه يحدد النماذج ذات الصلة بالقوى الاجتماعية التي تؤثر في العملية الإرشادية.

الطب: الطب فرع آخر هام من أفرع المعرفة، وتساعد دراسته في تنمية الخلفية النظرية. فالجسم والعقل ليسا هويتان منفصلتان، ولكن كلُ متكامل. لكي تفهم أحدهما، فمن الضروري أن تكون لديك بعض المعرفة عن الآخر. الملحوظة الشخصية التالية توضح كيفية كيف تؤدي بعض الأمراض الجسمية إلى أعراض للأمراض النفسية، مثل الهلوسات.

ملحوظة شخصية

شك طبيب في أن فتاه لديها اضطراب الفصام لأن لديها هلوسات سمعية (تسمع أصواتاً) وتم إحالتها إليّ. تقييمي النفسي للمريض لم يبين أن لديها فصام. ومع ذلك، عند مراجعة التاريخ المرضي الخاص بها، تبين لي أنه قد تم تشخيصها على أن لديها الزهري منذ أكثر من عشر سنين، وأنها لم تستكمل الفترة العلاجية بنجاح. أنا أعلم أن الزهري يمكن أن يسبب الهلوسات، لذا قمت بإحالة المريضة إلى الطبيب ليبدأ علاجها من الزهري. كما رتبت لقاءً مع طبيب نفسي للاستشارة بخصوص المريضة – والذي أعطاها بعض الأدوية للهلوسات السمعية.

الطب النفسي تخصص طبي له ارتباط مباشر بالإرشاد النفسي. لقد كان المنظّرون الثلاثة القدامى – الذين سنتحدث عنهم في الفصل السابع – جميعاً أطباء نفسيون. فالطب النفسي هو دراسة السلوك الإنساني من المنظور الطبي. للأطباء النفسيين اهتمام خاص بكيف يتسبب علم أسباب المرض في المخ والجهاز العصبي بالاضطرابات العقلية مثل الفصام والاكتئاب الرئيسي. كما أنهم مدربون على استخدام الأدوية في علاج هذه الاضطرابات العقلية. الخلفية الأساسية في الطب النفسي يمكن أن تساعد المرشدين النفسيين على التمييز بين المشكلة الطبية والمشكلة النفسية، ومن ثم يستطيع المسترشد أن يتلقى العلاج المناسب. كما أنه يساعد المرشدين النفسيين أيضاً في فهم العوامل الفسيولوجية المرتبطة بالاضطرابات العقلية.

الفلسفة: يمكن أن تقدم الفلسفة أساساً قيّماً للمرشدين النفسيين في تنمية المنهج الشخصي، كما أنها قد تساعدهم على توسيع وإثراء الطريقة التي يرون بها الحياة وتوضيح معتقداتهم، واتجاهاتهم، وقيمهم. القضايا التالية قد تكون مفيدة للإطلاع الشروع في دراسة الفلسفة.

1- هل للناس حرية الإرادة؟

2- ما الغرض من القلق في الحياة ؟ هل هو شئ لابد من تجنبه في كل الحالات؟

3- لكي يمر المرء بتجربة الحب، والبهجة، هل عليه أن يكون قادراً أيضاً على تحمل الألم والأسى؟

4- هل لدى الناس ميراث من الخير والشر، أم أن طبيعتهم تحددها – بشكل أساسي – القوى البيئية؟

إن دراسة الفلسفة يمكن أن تساعد المرشدين النفسيين على استكشاف هذه القضايا، وقضايا أخرى ذات صلة. كما أنها قد تساعد المرشدين النفسيين على أن يكونوا على وعي بالتحيزات الشخصية، وبالتالي يتجنبون فرضها على المسترشدون.

هناك مدرسة رئيسية في الفلسفة لها أهمية خاصة لدى المرشدين النفسيين وهي الوجودية. تشير الوجودية إلى أن الناس يتخذون قرارات ذاتية، ولديهم حرية إرادة، والتي من خلالها يمكنهم عمل الاختيارات والقيام بها في حياتهم. وقد لخّص وليام شكسبير روح الوجودية عندما كتب: "تكون

أو لا تكون – هذا هو السؤال". من الممكن استخدام كتابات العديد من الفلاسفة البارزين لتنمية المنظور الفلسفي. هناك كتاب شهير لجبران خليل جبران (1965) بعنوان: الرسول يعبّر عن وجهات النظر الفلسفية – وهي وجهات نظر سهلة الفهم؛ وهذا الكتاب يغطي مدى واسعاً من الموضوعات، من الأطفال إلى الحب، فيما يأتي نقدم مستخلصاً من جزء عن الأطفال:

"**عن الأطفال:** وسيدة تحمل طفلاً لها وتضمه إلى صدرها، وتقول، حدثنا عن الأطفال. وقال: أطفالك ليسوا أطفالك. هم أبناء وبنات الحياة، أتوا من خلالك، وليس منك. أنت قد تعطيهم الحب، ولكن لا تعطيهم الفكر لأن لهم أفكارهم الخاصة بهم، ربما تسكني أجسامهم، وليس أرواحهم، لأن أرواحهم تسكن في بيت المستقبل، هذا البيت الذي لا تستطيعين زيارته، ولا حتى في أحلامك. قد تحاولين أن تكوني مثلهم، ولكن لا تسعي أن يكونوا مثلك، لأن الحياة لا تسير إلى الخلف، ولا تتلكأ مع الماضي. أنتي القوس الذي منه تُرسل الأطفال كسهام حيّة. يرى الرامي العلامة على ممر اللانهاية، ويلويكي بإرادته وقوته حتى يبتعد عنك السهم حتى لا يصيبك. اجعلي انحناءك في يد الرامي من أجل السعادة، حيث إنه حتى وإن كان يحب السهم الذي يطير، فإنه أيضاً يحب القوي الثابت (pp.17-18) .

الدين: الدين هو دراسة الروحانية والدين ويدمج العديد من المدارس الفلسفية. من الناحية التقليدية، فإن المفاهيم الدينية لم تلعب دوراً هاماً في الإرشاد النفسي، حيث ينظر معظم المرشدون النفسيون إلى الدين باعتباره قضية شخصية خاصة ليست ضرورية، وليس من المناسب أن يتم التعامل مع المسترشد من هذا المنطلق، وإن كان هناك استثناء يتمثل في الإرشاد النفسي الرعوي، والذي يقوم فيه المرشدون النفسيون بالممارسة من منظور ديني. في هذه المواقف، يسعى المسترشد غالباً إلى طلب الإرشاد النفسي من التوجّه الديني.

يمكن استخدام الروحانية كأساس ديني للمنهج الشخصي للإرشاد النفسي كما أنها تمثل جانباً هاماً في الإرشاد متعدد الثقافات (Bishop,1995 , Richards& Bergins ,1997). تعتبر الروحانية مكوناً داخلياً لكل الناس، في حين أن الدين يعمل كمركز تركيز للمجال الروحاني (Ingersoll,1995). إن الاعتراف بالقدرة والدعم الذي يحصل عليه الناس من الروحانية يسهم في قبولها كبُعد هام في العملية الإرشادية (Miranti & Burke,1995) . عندما تنشأ القضايا الدينية في الإرشاد النفسي، فإن المسترشدون يميلون لتوقع بأن المرشدين النفسيين سيقوموا بدعم تدينهم، والانتباه للقضايا النفسية، وألا يتحدوا معتقداتهم الدينية (Morrow et al .,1993)

يحدد ويبرثينجتون (1989) خمسة أسباب تجعل المرشدين النفسيين يبذلون جهوداً من أجل تضمين الاعتبارات الدينية والروحانية في صياغة منهجهم للإرشاد النفسي:

1- نسبة كبيرة من الناس متدينون.

2- يلجأ الناس -غالباً- إلى الدين أثناء المشكلات العاطفية.

3- يتردد المسترشدون (خصوصاً المتدينون) في ذكر القضايا الدينية أثناء العلاج النفسي غير الديني.

4- لا يميل المرشدون النفسيون إلى التوجه الديني مثل مسترشديهم.

5- نظراً لأن كثير من المرشدين النفسيين ليس لهم توجه ديني مثل مسترشديهم، فإنهم لا يرغبون في أن يحدثهم المسترشدون عن الدين، وبالتالي لا يستطيعون مساعدة المسترشدون.

قدم **ويرثينجتون** (1989) خطوطاً إرشادية لدمج القضايا الروحانية والدينية في العملية الإرشادية، بما في ذلك المعلومات المرتبطة بالمعتقدات الدينية والروحانية في الحياة وتطبيقاتها بالنسبة للإرشاد النفسي والبحوث.

هناك أربع توجهات مساعدة لقضايا الدين والروحانية في الإرشاد النفسي وهي: الرفض، الاستثناء، والبناء، والتعددية (Zinnbauer & Pargament ,2000). الرفض والاستثناء يمثلان موقفين صارمين بشكل كبير، ولا يمكن اعتبارهما مفيدين للمرشدين النفسيين عند التعامل مع القضايا الدينية / الروحانية. فالرافض تشير، الالحاد، يرفض فكره الإله والدين، وبالتالي يحّد من فرص محاكاة الروحانية والدين في الإرشاد النفسي. أما الاستثنائي، فإنه يتمثل في يتبنى تعريفاً صارماً للإله والدين. الاستثنائيون على قناعة من أن المرشدين النفسيين والمسترشدون لابد أن يشتركوا في نفس وجهات النظر الدينية والروحانية حتى يكونوا قادرين على العمل معاً بفعالية في الإرشاد النفسي.

من المعتقد بأن وجهات النظر البنائية والتعددية تكون مرنة ومفيدة في التعامل مع القضايا الدينية والروحانية في الإرشاد (Zinnbauer & Pargament,2000). لا يعتقد البنائيون بحقيقة مطلقة واحدة، وهم على قناعة بأن الناس هم الذين يقومون ببناء المعنى والحقيقة الخاصة بهم، كما أنهم، ويحاولون توصيل الاحترام والفهم لأي حقيقة موجودة (بما في ذلك الإلحاد)، والتي يبنيها المسترشدون، ومع ذلك، فإن القبول غير المشروط لقيم ومعتقدات المسترشدون يمكن أن يُعيق تحديد الأهداف عندما تّدعم هذه القيم والمعتقدات الهزيمة الذاتية أو وجهات النظر الهّدامة (مثلاً: عندما يستخدم الوالدان الدين لتبرير الإفراط في معاقبة الأطفال). أما التجميعيون -فهم على عكس البنائيين- يعتقدون بوجود حقيقة روحية مطلقة، يعتقدون في وجود الله. على الرغم من أن التجميعيين لديهم توجه ديني، إلا أنهم (على عكس الاستثنائيين) يمكن أن يقدّروا قيمة الديانات الأخرى.

الدافع الآخر لدمج الإرشاد الديني هو الإرشاد متعدد الثقافات (Pate & Bondi ,1992). وتشير لبيت و بوندي، أن المعتقدات الدينية والروحانية جزء من الخلفية الثقافية للمسترشدون، ومن ثم ينبغي وضعها في الاعتبار. ويقدم العلاج النفسي والإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Sue et

(1996,.al . دليلاً على الحاجة لمراعاة القضايا الدينية والروحانية. وفقاً للعلاج النفسي والإرشاد النفسي متعدد الثقافات، فإن المرشدين النفسيين بحاجة إلى تعديل أدوار الارشاد التقليدية لتناسب المجموعات الثقافية المتعددة، خصوصاً أولئك المنحدرين من ثقافات غير غربية (sue et al.,1992). ففي دراسة مسحية على 16 بلد، وجد ليي ورفاقه (1992) أن المصادر الثلاثة الرئيسية للاستشفاء هي : المجموعات والأسر المتعاونة، الروحانية الدين، العلاج التقليدي. من الممكن أن يوسّع المرشدون النفسيين -بفعالية- من أدوارهم في المساعدة وذلك بتضمين هذه المصادر الهامة للعلاج من خلال التدخلات (مثل:الإرشاد الأسري ومجموعات الدعم)، ومخاطبة القضايا الدينية، والاعتراف بقيمة العلاج المرتبط بالثقافة.

أيضاً، تعترف حركة الصحة الشمولية بقيمة مخاطبة كل مظاهر العقل والجسم (بما في ذلك القضايا الروحانية) لتعزيز الصحة والسعادة. إن التعامل مع القضايا الروحانية يمكن أن يكون جزءً من المنهج الشمولي الكلي للوقاية من، و علاج الاكتئاب (Westege ,1996). كما أن الفراغ الروحاني يرتبط بالأعراض الاكتئابية مثل:- فقدان المعنى، والفراغ، واليأس، والعزلة (Westege ,1996). الإنسان الجيد روحانياً قادر على أخذ القوة من التدين ليعطي معنىً واحساساً لتوجهة في الحياة. الأبعاد الروحانية الأربعة التي يمكن للمرشدين النفسيين استخدامها للتغلب على المشكلات الخاصة بالاكتئاب هي:- "الشعور بالمعنى في الحياة، المنظور الفائق، نظام القيم الداخلي، والشعور بالانتماء لمجتمع روحاني يشترك أفراده في القيم والدعم" (Westege ,1996,p.26). إن الروحانية كبُعد من أبعاد الإرشاد النفسي تقدم فرصاً وتحديات عديدة، كما أنها تناسب -فيما يبدو- منظور القدرة في الإرشاد النفسي، مثل الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، يمكن أن يشجع المرشدون النفسيون المسترشدون على استخدام معتقدهم (بما في ذلك الصلوات) كقدرة للمساعدة في التعامل مع التحديات التي يواجهونها. لسوء الحظ، كثير من المرشدين النفسيين – فيما يبدو – غير مجهزين للتعامل بفعالية مع القضايا الروحانية في الإرشاد النفسي (Genia,1994). وترى لجينيا (1994)، أن المربين من المرشدين النفسيين يمكن أن يلعبوا دوراً هاماً في تربية المرشدين النفسيين المستقبليين عن البُعد الروحاني، وذلك من خلال تقديم تدريبات عن الروحانية، على سبيل المثال، برنامج عمل عن الدين (علم نفس التدين)، وخبرات يشرفون هم عليها في إرشاد المسترشدون، المتدينين. بالإضافة إلى ذلك، فإن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث عن الإرشاد النفسي والروحانية.

علم نفس الانسان (الانثروبولوجيا): الصحة العقلية في علم الإنسان الثقافي هو تخصص داخل الأنثروبيولوجيا الثقافية (دراسة الثقافات) – يبحث في قضايا الصحة العقلية المتعلقة بثقافة معينة. من الممكن أن الانثروبيولوجيا الثقافية للصحة العقلية تكون مفيدة -على وجه الخصوص- في معالجة القضايا المرتبطة بتعدد الثقافات في الإرشاد النفسي. على سبيل المثال، درس توبر (1985) الكحول والعلاج في نافاجو من حيث تغيير البيئة الثقافية.

علم الاجتماع: المنطق الرئيسي في علم الاجتماع – وهو دراسة السلوك الاجتماعي للمجموعات – تتمثل في أن سلوك الفرد يحدده بشكل أساسي التفاعل الاجتماعي. على سبيل المثال، أثناء العملية الاجتماعية، يتم تشجيع الفرد على الانسجام مع الأعراف، وقوانين المجتمع. قد يكون لكثير من المجموعات والمؤسسات المختلفة تأثير كبير على نمو الشخصية – مثلاً الأسرة، والأصدقاء، ودور العبادة، وورشة العمل، والمدرسة. قد يهتم المرشد النفسي باستكشاف الكيفية التي تؤثر بها هذه العوامل على المسترشد.

الأدب: مسارات الأدب وعلم النفس تلتقي غالباً، حيث تخلق اتجاهات جديدة لفهم سيكولوجية الأفراد، واستكشاف العملية الإرشادية. يؤكد أدلر على أهمية الأدب في تنمية علم النفس الفردي فهو يرى أنه مع الأيام سيدرك الناس أن الفنان أو الأديب هو قائد البشر في الطريق الصحيح إلى الحقائق المطلقة. من بين الأعمال الفنية التي أدت بي إلى التبصر في سيكولوجية الفرد، حكايات عن الجن، شكسبير، وجوت"(Ansbacher & Ansbacher ,1956,p.291).

توجد العديد من احتمالات تطبيق ما في الأدب لاستكشاف تطبيقاتها في الإرشاد النفسي. على سبيل المثال، أرتبط العلاج النفسي عند أدلر وتحليل أسلوب الحياة بالإستراتيجيات البحثية التي استخدمها شيرلوك هولمز (Nystul,1978a) في تحليله عام (1971) لرواية ساحر آروز، وبهذا يذكر (كوب) أن (دوروثي) تشبه المسترشد في بحثها عن نفسها، ويمكن اعتبار الساحر كأنه مرشد نفسي أثناء رحلة (دورثي) على أرض آوز، تواجه الفزاعة والرجل الصغير والأسد الجبان الذي أصبح نظام الدعم لها، وقد استطاعوا تنمية العديد من الاستبصارات في الحياة: "إن اكتساب الحكمة ينطوي على ارتكاب الفرد للخطأ والحماقة، أما الحب والحنان، فيتطلبان إرادة لتحمل عدم السعادة، والشجاعة هي الثقة في مواجهة الخطر، على الرغم من أن الخوف، واكتساب الحرية والقوة يتطلبان الإرادة فقط للإعتراف بوجودهما ومواجهة نتائجهما. فمن الممكن أن نجد أنفسنا فقط عندما تكون لدينا الرغبة في أن نخاطر بفقدان أنفسنا من أجل الآخرين، وللزمن، وللطلب، والحب هو الجسر الذي نعبر عليه (kopp , 1971,p.98).

العلاج النفسي بالقراءة هو ارتباط آخر بين الأدب والإرشاد النفسي (أنظر الفصل الثامن). ينطوي العلاج النفسي بالقراءة على جعل المسترشدون يقرءون الكتب والأعمال الأدبية الأخرى لتعزيز نواتج معينة، مثل الحد من القلق، وإدارة الضغوط. يشير جيلسو و فاسينجر (1990) إلى أن على المرشدين النفسيين مراعاة خصائص المسترشد عند تحديد ما إذا كان الأدب المتعلق بمساعدة الذات مناسباً.

المرحلة الثالثة – استعراض للنظريات الرئيسية في الإرشاد النفسي
Overview of Major Counseling Theories

إن استعراض المدارس الرئيسية للإرشاد النفسي (أنظر الفصول : السابع، والثامن، والتاسع) يجعل المرشدين النفسيين على يقظة للاتجاهات النظرية المتعددة المتاحة للاستخدام مع المسترشدون المختلفين ثم، يمكن اختيار نظرية رئيسية كأساس للمنهج الدمجي.

المرحلة الرابعة : الدراسة المركّزة لأحد نظريات الإرشاد النفسي
Intensive study of One Counseling Theory

إن معرفة النظرية بشكل واضح ضروري لتنمية المنهج الشخصي للإرشاد النفسي. في الواقع، إن أهمية الأساس النظري واضحة في كل العلوم. على سبيل المثال، عادة يستفيد طلاب الموسيقى من دراسة النظرية الموسيقية وتعلم قراءة الموسيقى قبل عمل مؤلفاتهم الموسيقية. ينطبق نفس الموضوع على الإرشاد النفسي. بعد تحقيق الطلاب أساساً نظرياً عميقاً، فإنهم يكونوا مستعدين لتنمية أسلوبهم الشخصي. ينبغي أن تشمل النظرية التي يتم اختيارها للدراسة المتعمقة نظرية شاملة عن الشخصية بحيث يكتسب الطالب فهماً عن ديناميكيات السلوك. وبهذه الطريقة، فإنها تقدم اتساقاً (انسجاماً) داخلياً في فهم المرشدون النفسيين للمسترشد والعمل معه.

المرشدون النفسيون الذين يفتقدون إلى أساس نظري صلب، عرضة للقيام بتقييم سطحي وغير مترابط للشخصية ومن المحتمل أن يكون لديهم منهج خطواتي معين للإرشاد النفسي - على سبيل المثال: "مع هذا المسترشد، سوف استخدم هذا الأسلوب الذي تقترحه النظرية". إنه لمن المهم بالنسبة للمرشدين النفسيين قراءة الكتب والمقالات التي كتبها رواد النظرية التي يختارونها، فالقراءة عن المنهج في كتاب دراسي لن يعطي الفهم العميق المطلوب. أيضاً التدريب في معهد أو مركز ذي صلة بالنظرية مثل معهد الجشطالت في آريزونا - يمكن أن يساعد المرشدين النفسيين المهتمين بعلم النفس وفقاً لنظرية الجشطالت.

المرحلة الخامسة : الحساسية للفروق الفردية Sensitivity to Individual Differences

تؤكد الاتجاهات الحديثة في الإرشاد النفسي على أن التدخلات الإرشادية لابد أن تنسجم مع خصائص المسترشد، وخصوصاً مع حاجات المسترشد، وخططه، وأهدافه (Warwar& Greenberg 2000,). لا ينبغي أن يجبر المرشدون النفسيون المسترشد على أن ينسجم مع منهجهم الشخصي. (Nystul,1981). على العكس، لا بد أن يتكيّف منهج المرشد النفسي مع الحاجات الفريدة المستجدة للمسترشد، كما ينبغي أن يكون المرشد النفسي حساساً للفروق الفردية. إن القضايا التي تتعلق بالثقافات المتعددة هامة - على وجه الخصوص - في جعل العملية الإرشادية ترتبط بحاجات المسترشد. الجزء التالي من هذا الفصل يصف كيفية استخدام هذه القضايا لصياغة المنهج الشخصي للفرد في الإرشاد النفسي: هناك طريقة أخرى لدمج التدخلات مع خصائص المسترشد من حيث الطريقة التي ينخرط المسترشدون بها في حل المشكلات التي تتعلق "بفراغات الإدراك". هذه النظرية تقترح أن هناك ثلاثة فراغات للإدراك - الفراغ القريب، الفراغ الوسط، والفراغ البعيد (Nystul,1981). المسترشدون ذوو الفراغ القريب يحتاجون إلى تفاصيل كثيرة في حل المشكلة. على سبيل المثال، هم يريدون معرفة كيف يقومون بعمل شئ ما، وما الذي يفعلونه. قد يكون هؤلاء

المسترشدون قادرين على الاستفادة من المناهج السلوكية التي تدمج مراقبة السلوك مع الرسوم البيانية والإجراءات الموضوعية الأخرى، وعلى الطرف الآخر، يوجد المسترشدون ذوو الفراغ البعيد. هؤلاء الأفراد لا يحبون أن توجع رؤوسهم بالتفاصيل الكثيرة. فهم لا يريدون التقيّد بطريقة معينة في حل المشكلة. فهم في حاجة إلى منهج وجودي، أو منهج موجه إنسانياً ليتماشى مع أسلوبهم في حل المشكلات. أما المسترشدون ذوو الفراغ الوسط فلديهم صعوبة في اتخاذ القرار، حيث يحتاجون إلى أن يتخذ الآخرون لهم القرارات، ويحلون لهم المشكلات. ربما يكون العلاج النفسي بالواقع أو العلاج النفسي الجشطلتي مفيداً لهؤلاء الأفراد، حيث يجعلهم على وعي بالاختيارات وتقبل المسؤولية عن سلوكهم.

يقدم جارفيلد (1994) مراجعة مكثّفة للمنشورات العلمية في هذا المجال عن متغيرات المسترشد من حيث الاستمرار والنتيجة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي، على سبيل المثال، المسترشدون من الحالة الاجتماعية - الاقتصادية العليا يميلون إلى البقاء فترة أطول في الإرشاد النفسي، وميولهم قليلة في لإنهاء الإرشاد قبل الأوان. من بين المتغيرات الأخرى، تشير بعض النتائج إلى درجة الاضطراب ارتباط بالنتيجة، حيث يرتبط الاضطراب سلباً مع النواتج الإيجابية في الإرشاد النفسي.

المرحلة السادسة : دمج الأساليب من نظريات الإرشاد النفسي

Integration of Techniques from Counseling Theories

في الاتجاه الإرشادي الدمجي، قد يأخذ المرشدون النفسيون من نظريات إرشادية مختلفة ويعتمدون عليها ليضيفو هما إلى حصيلة الأساليب الإرشادية لديهم، وعند القيام بذلك، فإن الطلاب قد يجدوا أن هذه النظريات تتشابه أكثر من أن تختلف. ومع ذلك، توجد فروق دقيقة، وهذه تمكّن المرشدين النفسيين من تكييّف منهجهم (اتجاههم) لمشكلات معينة - تلك المشكلات التي تظهر في جلسات الإرشاد النفسي.

المرحلة السابعة : التطبيق Implementation

أثناء تحوّل المرشدين النفسيين من النظرية إلى الممارسة، فإنهم سوف يبدءون في تطبيق منهجهم (اتجاههم). إن تطبيق منهج الفرد يُعدُ فناً، فهو عملية إبداعية، تتباين وفقاً للموقف الإكلينيكي.

المرحلة الثامنة : البحوث والتقييم Research and Evaluation

البحوث والتقييم يمكنان المرشدين النفسيين - في التدريب - من تحديد فعالية المنهج الذي يتبنونه، واستخدام الأدبيات لتحسين هذا المنهج، ويسهمون في إثراء العلم. الفصل الخامس يقدم معلومات عن هذا الموضوع الهام.

الإرشاد النفسي متعدد الثقافات MULTICULTURAL COUNSELING

تشير المناقشة السابقة إلى أن المنهج الشخصي للإرشاد النفسي ينبغي أن يدمج الاتجاه متعدد الثقافات، وهو اتجاه حساس للفروق التي تظهر في المجتمع المعاصر. ويؤكد بيدرسين (1991a) أن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات أصبح القوى الرابعة بعد الإرشاد النفسي الدينامي، والسلوكي، والإنساني، كما أنه مرتبط بكل جوانب الإرشاد النفسي كإتجاه شامل وليس دخيل.

هذا الجزء يصف المصطلحات والمفاهيم الأساسية المرتبطة ببعض القضايا الرئيسية في الإرشاد متعدد الثقافات. أما الجزءان التاليان، فيقدمان استعراضاً للإرشاد والعلاج النفسي، ويحددان المشكلة الأساسية المرتبطة بالإرشاد متعدد الثقافات، ويقدمان خطوطاً إرشادية لتنمية الإتجاه متعدد الثقافات.

المصطلحات والمفاهيم Terms and Concepts

الغرض من التقديم التالية المساعدة في توضيح المصطلحات والمفاهيم العديدة ذات الصلة بالإرشاد متعدد الثقافات، والتي قد يصعب تمييزها، وبالتالي تصبح معانيها غامضة :

الثقافة: وهي مفهوم غامض - يمكن النظر إليها على أنها "الأشياء التي يحتاج الغريب إلى معرفتها ليسلك سلوكاً مناسباً في مكان ما" (Pedersen,1988, p.viii).

السلالة: "تشير إلى النظام البيولوجي لتصنيف الأشخاص من خلال التاريخ الجيني المشترك أو الخصائص الجسمية المشتركة مثل لون البشرة" (Pedersen,1988, p.viii).

الأقلية: "تشير بوجه عام إلى مجموعة تتلقى معاملة مختلفة وغير عادلة بسبب التمييز العنصري" (Pedersen,1988, p.viii).

العرق: "يشتمل على الميراث الثقافي الاجتماعي المشترك، والذي يشتمل على التشابه في الديانة، التاريخ، وسلسلة النسب" (Pedersen,1988, p.viii).

الإرشاد النفسي عبر الثقافي: "أي علاقة إرشادية يختلف فيها مشاركان أو أكثر فيما يخص الخلفية الثقافية، والقيم، وأسلوب الحياة" (Sue et al.1982 ,p.47).

الإرشاد النفسي متعدد الثقافات: يشتمل على تعريف أوسع للثقافة مما هو موجود في الإرشاد النفسي عبر الثقافي. يعرّف بيدرسين (1988) الإرشاد النفسي متعدد الثقافات بأنه "موقف يجتمع فيه شخصان أو أكثر مختلفين في طرق استقبالهم للبيئة الاجتماعية تعاملهما مع البيئة وفي طبيعة علاقات المساعدة " (p.viii)، ويفضل التعريف الواسع للثقافة المرتبطة بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات لأنه " يساعد المرشدين النفسيين في أن يكونوا على وعي بالتعقيد في نماذج الهوية الثقافية، والتي قد تشتمل على مؤشرات واضحة للعرق والجنسية" (1991b, p.11).

التنوع: يشير إلى متغيرات مثل السن، الجنس، الثقافة، الروحانية، التوجه الجنسي، وكلها يتم التحدث عنها في سياق الإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

الاتجاهات النظرية للإرشاد النفسي متعدد الثقافات

Theoretical Perspectives for Multicultural Counseling

لقد كان العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات أول نظرية شاملة للإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Sue et al, 1996). فقد تم تطوير هذه النظرية في محاولة للتغلب على جوانب النقص في الاتجاه متعدد الثقافات المرتبط بالنظرية الإرشادية المعاصرة، وكذلك البحوث، والممارسة. ويشير لسو ورفاقه (1996)، أن المشكلة الرئيسية في مدارس الإرشاد النفسي الموجودة تتمثل في أنها مقيّدة للثقافة، ولا تعطي أدوات معرفية كافية يتم من خلالها دمج الاتجاه متعدد الثقافات. إن النظرية المتمركزة حول الثقافة، كما يرى سو ورفاقه (1996) ضرورية لتوسيع الأسس النظرية للإرشاد النفسي لجعلها وثيقة الصلة باحتياجات المجتمع متعدد الثقافات. يمكن استخدام العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات لتقديم اتجاه أو صياغة مفاهيم قضايا التنوع مثل الجنس، الثقافة، السن، التوجه الجنسي في كل مراحل الإرشاد النفسي. خلال العملية لابد من التركيز بشكل مستمر من أجل تعزيز فهم واضح للقضايا متعددة الثقافات. متى تم تحديد هذه القضايا، فإنه يصبح من الممكن تعديل نظريات وإجراءات الإرشاد النفسي ليعكس اتجاه العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات. يحدد سو ورفاقه (1996) ستة مقترحات تقدم استعراضاً للإفتراضات الرئيسية التي تقوم عليها النظرية وهي:

(1) : يمكن استخدام العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات لتقديم إطار عمل منظم لفهم نظريات وطرق المساعدة الغربية وغير الغربية.

(2) : تظهر هوايات المرشدين النفسيين والمسترشدون في مستويات عديدة من الخبرة الإنسانية (فردي، جمعي، نظام، شامل). لابد من مراعاة القضايا ذات السياق الثقافي في العلاج إذا لزم الأمر.

(3) : تنمية الهوية الثقافية تؤثر على الطريقة التي يرى بها المرشد النفسي والمسترشد الذات، والآخرين، وكيف يصيغان الأهداف الإرشادية والتدخلات الإرشادية. لذا، فمن المهم معرفة الطريقة التي تؤثر بها الهوية الثقافية على العملية الإرشادية، بما في ذلك الوعي بتأثير القوى الثقافية الاجتماعية المختلفة.

(4) : يتم تعزيز فعالية العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات عندما يستخدم المرشدون النفسيون الإجراءات المنسجمة مع قيم وخبرات المسترشد. يتم تشجيع المرشدين النفسيين على توسيع استجاباتهم المساعدة، بحيث يظهرون إحساس تعدد الثقافات خلال العملية الإرشادية.

(5): يشجع العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات المرشدين النفسيين على توسيع أدوارهم المساعدة لتشتمل على الطرق البديلة والتقليدية للمساعدة إذا لزم الأمر لتحقيق الحاجات الثقافية للمسترشدون.

(6): الهدف الرئيسي لنظرية العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات هو تحرير الوعي من المنظور العلاقات والسياق الإجتماعي. ومن هذا المنطلق، فإن العلاج والإرشاد النفسي متعدد الثقافات يحاول توفير فرص لتعزيز الوعي بكيفية تأثير القضايا الثقافية وقضايا العلاقات الذاتية على القضايا المعاصرة.

التحديات القوية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات

POTENTIAL CHALLENGES IN MULTICULTURAL COUNSELING

حددت العديد من الدراسات مدى واسعاً من التحديات القوية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، وهي: الإرشاد النفسي كنشاط للطبقة الوسطى البيضاء، الطبقة الاجتماعية، والجنس، والمنظور النفسي الداخلي، والتوجه الجنسي، والنمطية، ومشكلات التواصل، والافتراضات الخطأ، وتحيز الاختبار، والتحامل، والعرق، وفعالية الإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

الإرشاد النفسي كنشاط للطبقة الوسطى البيضاء - Counseling as a White Middle Class Activity

النقد الرئيسي للإرشاد النفسي المعاصر يتمثل في أن نظرياته وأساليبه تم تنميتها بشكل أساسي بواسطة أفراد من ثقافة الطبقة الوسطى. ونتيجة لذلك، فإن الإرشاد النفسي المعاصر لا يُطبق مباشرةً على الأقليات العرقية لأن نظرياته وأساليبه لا تراعي قضاياهم وهمومهم (Sue et al.,1996). بالإضافة إلى ذلك، فإن المرشدين المدّربين بشكل تقليدي مقيدين في إطار عمل متحيز ثقافياً، ونتيجة لذلك، فإنهم يميلون إلى الانخراط في المناهج الإرشادية المتصارعة وغير المنصفة ثقافياً (Ponteroto & Casas,1991) . لذا، فليس بمستغرب أن الخدمات الإرشادية قد لا تفيد الأقليات بنفس القدر الذي تعود به على البيض (Sue & Sue,1999)، بالإضافة إلى ذلك، فإن معدّل التسرب بعد حضور جلسة إرشادية واحده هو 50% للأقليات العرقية و 30% للبيض (sue & sue ,1999).

الطبقة الاجتماعية Social Class

قد تكون أكثر عمقاً من الفروق الثقافية (Baruth & Manning ,1999). على سبيل المثال، قد يتشابه البيض في الطبقة الاقتصادية والاجتماعية الدنيا مع الأفراد من أمريكا اللاتينية في نفس الطبقة أكثر منه مع البيض في الطبقة العليا أو الطبقة الوسطى. التحيز التشخيص والعلاجي أحد

القضايا المرتبطة بالطبقة الاجتماعية. في أحد الدراسات المبكرة في هذا الموضوع، وجد لي (1968) أن المسترشدون من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الدنيا قد تلقوا تشخيصاً للمرض العقلي بمعدل يفوق معدّل المسترشدون من الطبقة الاقتصادية الاجتماعية العليا. كما تشير بعض الأدلة إلى أن المرشدين النفسيين قد أصبحوا أكثر اندماجاً مع المسترشدون من الطبقة العليا من المسترشدون من الطبقة الدنيا (Garfield et al,1973). عندما نضع هذه النتائج في الاعتبار، فليس بمستغرب أن المسترشدون ذوي الحالة الاقتصادية الاجتماعية الدنيا يميلون إلى التسرب من الإرشاد النفسي بعد جلسة أو جلستين (Berrigan & Gurfield , 1981 , weighill et al.1983) . ويرى أتكينسون ورفاقه (1998) أن الطبقة الاجتماعية متغير هام لابد من أخذه بعين الاعتبار عند صياغة المنهج العلاجي.

الجنس Gender

تشير كثير من البحوث أن قضايا المرأة لم تحظى بالاهتمام الكبير من جانب النظريات الإرشادية، والممارسة، والبحوث. يبدأ تحيز الجنس في النظرية بالنظريات النمائية (الأساس النظري للإرشاد النظري). تقدم الأعمال الرائدة لكارول جيليجان (1982,1991) ، عن النمو الخلقي للمرأة وتنمية الهوية دليلاً على الحاجة لوضع نظريات نمائية تخاطب قضايا الرجال والنساء. ويؤكد لوشا جيلبرت (1992,p387) أن "الجنس وتحيزات الجنس تميز البحوث النظريات السيكولوجية. ولكي يتم التغلب على تحيز الجنس في البحوث، يقترح جيلبرت أنه من الضروري البدء بالوصف الدقيق لتجارب السيدات والرجال. يشير الإتجاه المستقبلي إلى أن تجارب النساء تستحق التقييم والاعتراف كوجهات نظر بديلة للمعرفة والواقع (Ballou,1996)، وأن فهم القضايا الخاصة بالعلاقات والسياق الاجتماعي والتي تعّرف وجود النساء، ومفهوم "الذات" على أنهما اعتبارات هامة للبحوث الإرشادية.

القائلون بالمساواة بين الجنسين حددوا التحيز في نظريات الإرشاد النفسي التقليدي ونظريات العلاج النفسي (Enns,1993). من وجهة نظر القائل بالمساواة بين الجنسين، فإن نظريات الإرشاد النفسي كُتبت من وجهة نظر الرجال البيض، وبالتالي يعطون قيمة للاستقلالية والذاتية حساب اعتبارات أخرى خاصة بالعلاقات. بالإضافة إلى ذلك تميل نظريات العلاج النفسي في عزو أسباب المشكلات إلى نقص وفي اشباع الحاجات الداخلية (مثل الاستقلالية، والذاتية) مقابل القوى الخارجية (مثل الاضطهاد السياسي والاجتماعي من المجتمع الذكري). لذا، فإن ممارسة الإرشاد النفسي يمكن أن تكون عملية تغليف ثقافي عن طريقها يتم ضبط ومعالجة النساء للتكيّف مع توقعات الاتجاه الإرشادي للرجال البيض. لذا، ليس بمستغرب أن تشير البحوث إلى أن النساء لديهن ميل إلى تفضيل المرشدات للتعامل مع قضايا العلاقة مثل الحب، والقرب، والسلوك الجنسي (Snell et al.,1992).

الإتجاه الذاتي الداخلي The Intrapsychic Perspective

يركز الاتجاه الذاتي الداخلي على القوى الداخلية مثل عمليات اللاشعور والصراعات الذاتية الداخلية التي وصفها فرويد (انظر الفصل السابع) من وجهة نظر الإرشاد النفسي متعدد الثقافات،

فإن مدارس الإرشاد النفسي التقليدية قد غضت الطرف عن القوى الذاتية الداخلية في صياغة مفاهيم ديناميكيات السلوك. يشير الاتجاه متعدد الثقافات إلى أن القوى الخارجية مثل الاضطهاد، والسلالة، والتمييز قد يكون لها تأثير مباشرة أيضاً على التوافق النفسي (sue & sue 1999).

الاتجاه البديل لفهم المعرفة الإنسانية هو النظريات المستقبلية. من هذا الاتجاه، فإن اللغة والروايات تقدم منظوراً علائقياً – سياقياً لتعريف ماهية الحقيقة، والمعرفة، والواقع. وهذا قد يكون صادقاً من حيث الجنس والثقافة، حيث تميل النساء إلى التأكيد على القضايا العلائقية (الخاصة بالعلاقات) ، كما أن الأقليات تتأثر تأثراً مباشراً بالقوى الاجتماعية والسياسية. من الممكن إذاً أن الاتجاه العلائقي – السياقي يقدم إطاراً مرجعياً هاماً في الإرشاد النفسي للنساء والأقليات.

التوجه الجنسي Sexual Orientation

القضية الهامة في الإرشاد النفسي هي قضية التوجه الجنسي. هناك العديد من المصطلحات الرئيسية المرتبطة بقضايا التوجه الجنسي (Fassing,1991). يشير التوجه الجنسي (أو التفضيل الجنسي) إلى مجموعة معقدة من السلوكيات، والاتجاهات، وعوامل أسلوب الحياة المرتبطة باختيار الشريك الجنسي.

النمطية Stereotyping

يمكن تعريف النمطية بأنها "مدركات مسبقة صارمة نحملها عن كل الناس الذين هم أعضاء في مجموعة، سواءً كانت هذه المجموعة معرّفة بالسلالة، أو الديانة، أو الجنس، أو أي خطوط أخرى". (SUE & SUE ,1999). من أمثلة النمطية أن سكان بعض المناطق الجغرافية يتسمون بصلابة الدماغ ويرفضون مناقشة الآخرين ويتمسكون بآرائهم، وأن الآسيويين بارعون في الحساب. النمطية لها تأثير سلبي على العملية الإرشادية (Sue,1988)، حيث أنها قد تجعل المرشدين النفسيين يطبقون الخصائص المدركة لمجموعة ما على أفراد هذه المجموعة بدون مراعاة للفروق الفردية، كما تجعلهم يفشلون في أخذ الخبرة أو المنطق بعين الاعتبار، وتشويه كل المعلومات الجديدة لتتناسب مع أفكارهم السابقة (Sue & Sue ,1999) .

مشكلات التواصل Communication Problems

معظم النقد الموجّة للإرشاد النفسي متعدد الثقافات نابع من مشكلات التواصل التي تتداخل مع العملية الإرشادية (Pedersen,1988). يمكن أن توجد الفروق اللغوية تحديات عديدة في الإرشاد (Sue,1988). على سبيل المثال، وجد فونترس (1973) أن المرشدين النفسيين الذين يمرون بتجربة الصعوبات اللغوية مع المسترشد لديهم مشكلة في تحقيق علاقة إرشادية موجبة مع المسترشد. كما يحذر سو و سو (1977) من أن المرشدين النفسيين الذين يستخدمون الإنجليزية عند التفاعل فقط مع المسترشد ثنائي اللغة ربما يقومون بعمل تقييم غير دقيق لمناحي القوة والضعف لدى المسترشد.

إن التواصل غير اللفظي ربما يتباين أيضاً عبر الثقافات، مما ينتج عنه مشكلات في التواصل. على سبيل المثال، يميل الأمريكان الأفارقة إلى استخدام التواصل البصري المباشر عند التحدث أكثر من البيض، وبالتالي يوصفون بأنهم أكثر غضباً (suc&sue,1999). ويؤكد هيربنج (1990) على أهمية أن يكون المرشدون النفسيون قادرين على تقييم وقياس التواصل غير اللفظي بدقة، لأن هذا النوع من التواصل أكثر غموضاً ومرتبط بالثقافة مقارنةً بالتواصل اللفظي. وضع إيشياما و ويستوود (1990) الاعتبارات الواجب مراعاتها أثناء العملية الإرشادية والتي تتعلق بعملية التواصل في الإرشاد متعدد الثقافات :

1- ينبغي على المرشدين النفسيين مراجعة -مع المسترشدين- دقة تفسيراتهم للتواصل غير اللفظي.
2- يمكن أن يعزز المرشدون النفسيون التنفيس بتشجيع المسترشدون على استخدام لغتهم الخاصة في التعبير عن شعور معين عندما لا تستطيع لغة أخرى وصفه بشكل دقيق.
3- ينبغي أن يحاول المرشدون النفسيون تعلم التعبيرات ذات المعنى الثقافي للمسترشد من أجل وصف الحالة الداخلية للمسترشد بدقة.
4- ينبغي أن يستخدم المرشدون النفسيون أساليب بديلة للتواصل، مثل الرسم، والموسيقى، والتصوير.

الافتراضات الخطأ Faulty Assumptions

يمكن أن تعيق الافتراضات الخطأ التقدم في الإرشاد النفسي (Pedersen , 1987) في الجزء الأخير من هذا الفصل، تُستخدم هذه الافتراضات لتقييم مدى ملائمة النظرية الإرشادية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

الإدراك الخاطئ للسلوك العادي (الطبيعي): يميل الأفراد إلى الافتراض بأن تعريف السلوك العادي باعتباره السلوك العام عبر الخلفيات الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والسياسية. يشير بيدرسين (1987) إلى أن "ما يُعتبر عادياً سوف يتباين وفقاً للموقف، والخلفية الثقافية للفرد أو الأفراد الخاضعين للحكم، والوقت الذي يظهر فيه السلوك أو يُلاحظ" (p.17). لذلك من الممكن أن يقع المرشدون النفسيون في خطأ تشخيصي إذا لم يكن لديهم معرفة للكيفية التي يتباين بها تعريف السلوكات العادية.

التأكيد على الفردية: يميل المرشدون ذوو المنهج التقليدي إلى التأكيد على أهمية إرضاء المسترشد وعلاجه. غالباً ما تستخدم مصطلحات: الوعي الذاتي، أو الاستكشاف الذاتي كمؤشرات على النجاح في الإرشاد النفسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن مهمة المرشد النفسي غالباً ما يتم إدراكها على أنها "تغيير الفرد في اتجاه إيجابي حتى ولو على حساب المجموعة الذي هو عضو فيها " (Pe-

dersen , 1987, p.18). هذا التأكيد على اهتمامات الفرد على حساب المجموعة قد لا يتناغم مع النظام القيمي لبعض الثقافات. في الثقافة الصينية، على سبيل المثال، من غير المناسب أن تضع رفاهية الفرد قبل رفاهية أسرة هذا الفرد (Pedersen ,1987). لذا ينبغي على المرشدين النفسيين وضع القضايا الثقافية في الاعتبار قبل تعزيز فضائل الفردية في الإرشاد النفسي.

الابتعاد عن العلوم الأخرى: قد يكون لدى المرشدين النفسيين ميل نحو عزل أنفسهم البعد بها عن فروع العلم الأخرى ذات الصلة بالإرشاد النفسي مثل علم الاجتماع، والانثروبيولوجيا، والدين، والطب، وهذا قد ينتج عنه نظرة ضيقة للناس وعدم القدرة على فهم الفروق الفردية. من الممكن أن تكون الأنثروبيولوجيا الثقافية مجالاً مفيداً للدراسة في العمل مع القضايا متعددة الثقافات.

استخدام مفاهيم مجردة بعيده عن (الثقافة): كثير من مبادئ الإرشاد تقوم على مفاهيم مجردة، والتي يمكن أن يُساء فهمها بسهولة عبر الثقافات. بالإضافة إلى أن معنى المفهوم يتباين من سياق أو موقف إلى آخر. ومن ثم، فإنه من المهم تحديد معنى المفهوم في علاقته بالمسترشد.

غض النظر عن الاستقلالية: هناك هدف شائع في الإرشاد النفسي يتمثل في مساعدة المسترشدون على أن يكونوا مستقلين. يحذّر بيديرسين (1987) من أن بعض الثقافات مثل اليابانية، تعتقد بأن الاستقلالية ليست صحية كما أنها ليست ضرورية أيضاً. على سبيل المثال، يرى اليابانيون أن الاعتمادية مناسبة بين الموظف وصاحب العمل، الأم، والابن، المعلم والتلميذ. لذا، ينبغي أن يكون المرشد النفسي حساساً للقضايا الثقافية في تحديد ما إذا كانت اعتمادية المسترشد زائدة عن الحد.

إهمال النظام الداعم للمسترشد: المسترشد الذي يدخل إلى الإرشاد النفسي ربما يريد أن تصبح العلاقة الإرشادية بديلاً عن النظم الداعمة الموجودة. لضمان عدم حدوث ذلك، ينبغي أن يقوم المرشد النفسي بتضمين النظام الداعم للمسترشد في الخطة العلاجية، حيث أن هذا قد يكون مفيداً خصوصاً لمسترشد من الأقليات يشعر بالفعل بدرجة كبيرة من العزلة بسبب الفروق الثقافية.

الاعتماد على التفكير الخطي (السببي): يميل الإرشاد الفردي التقليدي إلى أن يتسم بالتفكير الخطي، حيث أن كل سبب له تأثير وكل تأثير له سبب، في حين أن بعض الثقافات غير ملتزمة بالنموذج الخطي في التحليل. في التحليل النفسي، يجب المحاولة للتواصل بأسلوب ينسجم مع طريقة المسترشد في رؤية العالم.

التركيز على تغيير الفرد وليس النظام: "لدى مجموعات الأقليات، سمعة غير جيدة للإرشاد النفسي، حيث يأخذ جانب الوضع الراهن في أجبار الأفراد على التكيّف مع مؤسسات المجتمع (pe- dersen,1987,p.22) . للتغلب على هذه العقبة، ينبغي أن يقوم المرشدون النفسيون بتوسيع استراتيجيات التدخل لتشمل المنظور السيكولوجي للمجتمع، حيث يشتمل هذا على محاولة تغيير النظام إذا تبين أن النظام له تأثير ضار على المسترشد. إذا كان هناك ارتباط بين الاكتئاب لدى

المسترشد والبطالة في المجتمع، لذلك ينبغي أن يكون المرشد النفسي نشيطاً في الجهود لإيجاد فرص عمل للمسترشد.

إهمال التاريخ: قد يركز المرشدون النفسيون فقط على الأحداث المفاجئة التي أدت إلى كارثة أو اضطراب عقلي، ولا ينجحون في دراسة مشكلات المسترشد من الناحية التاريخية. بالنسبة لبعض المسترشدون من الأقليات، قد يكون الناحية التاريخية مناسبة لأنها قد تساعد المرشد النفسي على فهم القوى الاجتماعية والثقافية، والتي أسهمت في تشكيل الطرق العملية لحل المشكلة، اسلوب للحياة لدى المسترشد. على سبيل المثال، كثير من الأمريكان الأفارقة قد عاشوا سنوات من الفقر، والاضطهاد، والتحامل، والعنصرية، والاستغلال. هذه العوامل المؤثرة قد تؤدي بالبعض إلى تنمية آفاق محدودة، وتؤثر على الطريقة التي يرون بها أنفسهم والآخرين، على سبيل المثال، الشعور، والعجز نحو الذات، والعدائية والشك نحو الآخرين.

مخاطر التغليف الثقافي: إن التغليف الثقافي يجعل المرشدين النفسيون لا يرون غير النظم التي يؤمنون بها، وقد يجعلهم يخفقون في مراعاة الأمور الثقافية مع المسترشد إن على المرشدين النفسيين أن يذهبوا بتفكيرهم إلى أبعد من " المعتقدات الشخصية الضيقة "، وأن ينموا اتجاهاً شاملاً يدمج الافتراضات المتعارضة من ثقافات أخرى (pedersen,1987,p23).

التحيّز في الاختبار Test Bias

من الممكن أن تسهم العديد من المشكلات الهامة في الاختبار والتقييم متعدد الثقافات في التحيّز الاختباري في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Lonner,1985)، ويشتمل ذلك على ظروف إجراء الاختبار والصعوبات لدى المسترشد في ظروف إجراء الاختبار، والمشكلات المتعلقة بالصدق والثبات، والمعايير. المواقف التي يطبق بها الاختبار قد تظهر فروقاً ثقافية من حيث استخدام الوقت، وصعوبات اللغة، وأسلوب الاستجابة لأسئلة الاختبار (Lonner,1985). على سبيل المثال، قد يكون مناسباً من الناحية الثقافية لبعض الأفراد الموافقة على كل عبارة في الاختبار من جانب الأدب والاحترام، أما بالنسبة لآخرين، فمن المناسب تقديم الإجابات المرغوب فيها اجتماعياً فقط. بعض الأفراد قد يرون أن الاختبارات غير هامة، وبالتالي يجيبون عن أسئلتها باستهتار (Lonner,1985).

قد يكون الصدق هو الأكثر أهمية. الصدق البنائي هو الدرجة التي يقيس عندها الاختبار بناءً أو سمة نظرية، مثل الذكاء والطلاقة اللفظية (Anastasi & Urbina ,1997). إن معنى وأهمية هذه البناءات قد تتباين من ثقافة إلى أخرى (Lonner,1985). الاختبارات التي لا تأخذ بعين الاعتبار الفروق في هذه البناءات عبر الثقافات قد لا تتمتع بالصدق البنائي. تجدر الإشارة إلى أن العوامل الاجتماعية الثقافية قد يكون لها تأثير على الثقة بالاختبار. على سبيل المثال، قد تتباين فرص التعلم عبر الثقافات، حيث قد تتطلب ثقافة ما تعليماً رسمياً، فيما لا تحتاج ثقافة أخرى إلى ذلك (Lon-ner,1985). هناك مشكلة أخرى قوية في استخدام الاختبارات النفسية من الناحية الثقافية ترتبط

بالمعايير. معظم الاختبارات المعيارية تقوم على المجموعة المعيارية من البيض، والطبقة الوسطى لوضع معايير أو نقاط المقارنة. هذه المعايير تتباين بشكل جدير بالملاحظة عبر الثقافات. وبالتالي، فإن المعايير ترتبط فقط بالمجموعة المرجعية أو الثقافة التي تم تطوير الاختبارات فيها. إذا كان الغرض من الاختبار الاستخدام الثقافي، فإنه ينبغي وضع معايير جديدة بناء على عينة الاختبار في البيئة الثقافية الجديدة (Lonner,1985).

من المهم أن نضمن استخدام نتائج الاختبارات بأسلوب مناسب. يحذّر كرونباخ (1989) من أن القضية الأساسية في الجدل حول تحيّز الاختبارات ترتبط باتخاذ القرار، وكيف أن الاستخدام غير المناسب للاختبار يمكن أن يخلق تمييزاً غير عادل لثقافة على أخرى. على سبيل المثال، إن استخدام الاختبارات المتحيزة ثقافياً في اختيار الوظيفة يمكن أن يوجد انطباع بأن هذه المؤسسة ستظلم بعض الموظفين مستقبلاً. لقد تم تطوير العديد من الاختبارات المتحررة من الثقافة – وقد تم الحديث عن الكثير منها في الفصل الرابع – في محاولة للتغلب على بعض المشكلات المرتبطة بتحيّز الاختبار.

التحيز Prejudice

يمكن أن يكون للتحامل أو التحيّز نتائج عكسية على الأداء الإجمالي للمجتمع وشعوب العالم، حيث يلعب دوراً رئيسياً في التمييز، والاضطهاد، والعنف، الحروب. والوصول إلى الفرص المناسبة، يمكن أن يكون للتعامل تأثيرات سلبية على تنمية الأفراد بطريقة مثلى، وكذلك على تحقيق الذات (Sandhu & Aspy,1997). في التحليل النهائي، فإن التحامل قوة سالبة تدمّر كل شئ في طريقها.

يتبنا ساندهو و سباي تعريف جوردون أولبرت (1954) للتحامل: "سوء الظن بالناس بدون دليل كافٍ" (P.7). يُعتقد أن التحامل ينبثق من العديد من القوى الفردية، والاجتماعية، والسياسة مثل الاتجاهات الاضطهادية (مثلاً : النمطية والعنصرية)، والأحداث المجتمعية الحياتية (فقدان الوظيفة نتيجة للمنافسة الأجنبية)، والخوف (Sandhu & Aspy,1997). التفسير البديل لعلم أسباب اصابة الأفراد بمرض التحامل يقدمه جيوسيف (1993)، والذي يرى أنه يعود إلى البغض الذاتي. ومن هذا المنطلق، فإن التحامل ينتج من مشاعر عدم الكفاية أو عدم الكفاءة، ويتم إسقاطه على الآخرين.

يمكن استخدام التسلسل الهرمي للحاجات لدى ماسلو (1968) لفهم التحامل. يمكن رؤية التحامل في السياق كانعكاس للحاجات التي لم يتم إشباعها (Sandhu & Aspy,1997) .

إن التحامل والحد منه والوقاية منه اعتبارات هامة في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Sandhu & Aspy,1997). إن عملية الوقاية منه وخفضه يتجه نحو مساعدة المسترشد على إشباع حاجاته بأسلوب فاعل. يعتبر النموذج متعدد الأبعاد للوقاية والحد من التحامل نموذجاً شاملاً لصياغة مفاهيم، ومعالجة قضايا التحامل في الإرشاد النفسي (Sandhu & Aspy,1997). هذا النموذج ينظر إلى التحامل على أنه نتيجة العوامل الشخصية، والاجتماعية، والسياسية. على الرغم من أن هذا النموذج إنتقائي في طبيعته، إلا أنه مأخوذ من التسلسل الهرمي لنظرية الحاجات لدى ماسلو (1968)

(يميل الناس إلى إشباع حاجاتهم بأسلوب تسلسلي هرمي - الحاجات النفسية، والحاجة للأمن، والحاجة للحب، والحاجة للانتماء، والحاجة لتحقيق الذات). وفقاً لهذه النظرية، عندما يعتقد الناس بأن الآخرين يتداخلون مع إشباع حاجاتهم، فإنهم يعزون اللوم (على شكل تعامل) إلى مصدر مدرك كان هو السبب في منع اشباع حاجاتهم. وعلى النقيض، فإن الناس الذين لديهم نظام حاجات صحي، ويمكنهم إشباع حاجاتهم، يميلون إلى أن تكون لديهم ميول لتحقيق الذات، من خلال التجانس مع الذات والآخرين.

هناك وجهة نظر أخرى لتفسير التحامل وفق نظرية أو لبرتو ، والتي حدد من خلالها أربعة عوامل ترتبط بالتفاعل داخل المجموعات، والتي يمكن أن تسهم في الحد من التحامل : حالة المساواة بين الأفراد من مجموعات مختلفة، الأهداف المشتركة عبر المجموعات، التأكيد على التعاون عبر المجموعات، التصديق والدعم من قبل الأفراد أصحاب السلطة. ويشير بيتجرو و تروب (2006) إلى أن نتائج الدراسات أشعرت إلى أهمية العلاقة بين هذه العوامل الأربعة الحّد من التحامل.

إن الوقاية من التحامل والحد منه موضوعات واعدة للمناقشة المستقبلية في هذا العلم الخاص بتعدد الثقافات، حيث يشيران إلى أن المرشدين النفسيين يصبحون أكثر نشاطاً في تعزيز الأدوار والتدخلات متعددة الأبعاد لمحاربة التحامل، وهذا ينطوي على أنشطة مثل محاولة معالجة التحامل في كل مراحل العملية الإرشادية، وتعزيز الحدّ من التحامل عن طريق إشباع الحاجات، وديناميكيات المجموعة، كما أنهم يصبحون أيضاً أكثر تأييداً للإصلاح الاجتماعي فيما يتعلق بالتحامل لا زالت هناك حاجة إلى بحوث أخرى لتحديد كيفية دمج النماذج التي تخاطب التحامل بفعالية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

العنصرية Racism

تعتبر العنصرية تحدياً قوياً آخر في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات. يقدم تومسون و ينفيل (1999) تعريفات عديدة للعنصرية في تحليلهما المتعمق للعنصرية وعلاقتها بالصحة العقلية والأمراض النفسية. في يرى كوكس (1959)، أن العنصرية " اتجاه اجتماعي ينتشر بين الناس بواسطة طبقة أو مجموعة استغلالية بهدف تقسيم مجموعة ما حتى تكون ضعيفة من أجل استغلال إما المجموعة نفسها أو مواردها، أو كلاهما " (P.393). ولذلك فإن العنصرية طريقة لتبرير هيمنة واستغلال مجموعة من الناس على حساب مجموعة أخرى. كما أن هناك نموذج اجتماعي آخر للعنصرية يقترح بأن العنصرية لها بُعد فكري مؤسساتي سياسي (Chesler,1976). من هذا المنطلق، يمكن أن ترجع العنصرية إلى الفكر المرتبط بالمؤسسات السياسية والتي تعمل قوانينها على المحافظة عليها وعلى نشر السيطرة والتحكم بها من خلال المجموعات العليا. وقد وضع تومسون و نيفيل (1999) نموذجاً لوضع العنصرية يقوم على العمل السابق لكوكس وتشيسلر:

- تتكون العنصرية عبر المناطق الجغرافية بسبب انتقالها من جيل لآخر .

- هناك عوامل فكرية وبنائية ترتبط بالعنصرية
- هناك أربعة أشكال للعنصرية : فردية، مؤسساتية، ثقافية، وبيئية.

هذا النموذج يعترف بأن العنصرية في الولايات المتحدة توجد في صور مختلفة منذ أن قدم إليها المستوطنون الأوائل. في الأصل، سيطر المستعمرون الأوربيون على الأمريكان الأصليين. بعد ذلك، تحّول التركيز إلى سيطرة البيض على السود. ومع الوقت، اتخذت العنصرية أشكالاً مختلفة، كما تظهر في العوامل البنائية والإيديولوجيا. أما العوامل البنائية فهي النظم السياسية والمؤسساتية التي تبقى على استمرارية قوى الهيمنة / والتحكم والاضطهاد بمجموعات الأقليات. ولقد ظهرت بوضوح في الحرب الأهلية وجهات النظر السياسية العنصرية فيما يتعلق بحقوق السود في أمريكا. تمثل الأيديولوجيات نظام الاعتقاد، مثل التحامل، والتي تشجع على العنصرية وتعززها. إيديولوجيا العنصرية تسئ تمثيل المجموعة الثقافية لكي تبرر السلوك الاضطهادي مثل الرق أو العبودية. وقد حدد تومسون ونيفيل (1999) أربعة أشكال للعنصرية :

العنصرية الفردية واليومية، وتشتمل على الشتم، والإهانة اليومية التي يمر بها الناس نتيجة لحالة معينة (الأقلية) (مثلاً : تلميذ في المرحلة الابتدائية لديه إعاقة معينة يلقى توبيخاً من زملاءه). أما العنصرية المؤسساتية فتظهر بأسلوب ينحاز إلى المجموعة المسيطرة على حساب مجموعة الأقليات،. أما العنصرية الثقافية فهي ممارسة تعزيز المعتقدات والقيم الثقافية الخاصة بالمجموعة المسيطرة، وعدم الاعتراف بقيمة معتقدات وعادات مجموعات الأقليات. تظهر العنصرية الثقافية في الولايات المتحدة عندما يكون الأفراد من الثقافة المسيطرة على قناعة بمعتقداتهم وعاداتهم، وأنهم أمريكيون في حين أن غيرهم ليسوا كذلك. أما العنصرية البيئية، فهي النوع الرابع من العنصرية، وتحدث عندما ينتج عن القوانين العنصرية تعرض الأقليات لبيئات غير آمنة مثل مشاريع الإسكان ذات مستويات مرتفعة وسامة من الرصاص، ومعدلات مرتفعة من العنف.

من الممكن أن تكون العنصرية عنصراً هاماً في الصحة النفسية والعلاج النفسي. وبهذا الصدد يشير تومسون و نيفيل (1999) إلى أن الأداء النفسي الصحي يعزز من القدرة والمرونة في مقاومة الظلم العنصري. كما أن عوامل الشخصية والصحة النفسية ذات أهمية خاصة في التغلب على العنصرية فهي تساعد في تنمية : النمو الأخلاقي، الهوية الثابتة، الوعي الذاتي، مهارات المواجهة الجيدة، مهارات العلاقات مع الآخرين الجيدة، والقدرة على إدراك الفرد لبيئته إدراكاً دقيقاً. على الرغم من أن تومسون و نيفيل (1999) يوضحان أن القضايا المتعلقة بالعنصرية غالباً ما يتم غض الطرف عنها في العلاج النفسي، إلا أن العلاج النفسي يمكن أن يعزز الصحة النفسية والصحة الجسمية التي تؤدي أداءً جيداً، وذلك باستكشاف كيفية ارتباط مشكلات المسترشد (مثل الاكتئاب) بقضايا العنصرية. على سبيل المثال، التخطيط العلاجي الشامل قد يستلزم مراعاة قضايا مثل التمييز العنصري، والاضطهاد في ورشة العمل. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي على المعالجين النفسيين تقييم مدى تعزيز منهجهم الإرشادي من للعنصرية. أيضاً، يمكنهم محاولة تحديد الايديولوجيا الإشكالية (مثل التحامل)، وتحديد دورها في الاضطهاد العنصري أثناء العملية الإرشادية.

تمثل العنصرية تحدياً هاماً في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات. إن نموذج تومسون و نيفيل (1999) مفيد في صياغة مفاهيم العنصرية في العملية الإرشادية، كما أنه يمكن أن يلعب دوراً رئيسياً في مساعدة المرشدين النفسيين في التغلب على الاضطهاد العنصري. لاستكشاف وفهم هذه الظاهرة المعقدة بشكل أفضل، فلا بد من إجراء مزيد من البحوث في هذا المجال.

العدوانية العنصرية الخفية Racial Microagressions

العدوانية الخفية عبارة عن " المهانات البيئية، والسلوكية، واللفظية الموجزة والتي تتكرر بشكل يومي، سواءً كان ذلك بقصد أو بغير قصد، والتي من شأنها أن توصّل، العدائية، الإزدرائية، أو الإهانات العنصرية، والسباب للشخص المستهدف أو المجموعة المستهدفة" (Sue et al.,2007 P.273). تحدث العدوانية الخفية في كل الأماكن، بين الغرباء، والمعارف، الأصدقاء (Sue et al ,. 2008)، ومن الممكن أن تخلق آثار عكسية فورية على طبيعة العلاقات مع الآخرين (مثلاً: الغضب، قضايا الثقة، وتشويه الحقيقة). من الممكن أن الطبيعة غير المرئية للعدوانية الخفية إلى جانب صعوبة التعرف عليها، قد توحد تأثيراً تراكمياً مع مرور الوقت (مثلاً: شعور عام بعدم الراحة). وقد حدد سو ورفاقه (2007) ثلاثة أنواع من العدوانية الخفية وهي:

الهجوم الخفي: "الازدراء العنصري الصريح يتسم أساسياً بالهجوم اللفظي أو غير اللفظي الذي قصد به إهانة الضحية (الشخص) المستهدف من خلال المناداة بالاسم، السلوك التجنبي، أو الأفعال التمييزية المقصودة" (Sue et al.,2007 ,P.274). الهجوم الخفي يشبه ما يُطلق عليه – تقليدياً – العنصرية : الهجوم الواعي المدروس (النظر بازدراء نحو الشخص).

الإهانة الخفية: "يتسم بالتواصل الذي يعبر عن الوقاحة، واللاشعور، والانحطاط . تمثل الإهانة الخفية ازدراءات دقيقة غير معروفة لمن يقوم موجهة ولكنها تؤثر على إهانة خفية للمستقبل (Sue et al.,2007 , P274). ومن أمثلتها: المعلم لا يستجيب لأسئلة التلاميذ السود أثناء الدرس.

الاستخفاف الدقيق: "يتسم بالتواصل الذي يقصى، وينفي الأفكار النفسية، والمشاعر، والحقيقة الخبراتية للشخص الآخر" (Sue et al.,2007 ,P.274). ومن أمثلته العبارة التي تنكر الميراث الثقافي (هل لديك تاريخ ثقافي؟!).

يرى سو ورفاقه (2008) إن مهنة الإرشاد النفسي تحتاج إلى جهد لمخاطبة أشكال العنصرية. كما أنهما على قناعة بأن المتخصصين في الإرشاد ومهن المساعدة لابد أن يكونوا على وعي بالعدوانية الدقيقة والأشكال الأخرى من الاضطهاد لخلق وجهات نظر عن العالم وعن الذات تعكس الحساسية للثقافات المتعددة. يمكن أن يقلل المرشدون النفسيون من التباين فيما بينهم في الرعاية الصحية بتلقي التدريب في القضايا الثقافية الحساسة، والمساعدة، والدفاع عن المسترشدون، والانخراط في الإرشاد والبحوث القضايا والثقافية الحساسة (Tucker et al ,. 2007).

فعالية الإرشاد النفسي متعدد الثقافات The Efficacy of Multicultural Counseling

بعد مراجعة التحديات التي تواجه الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، قد يتساءل المرء ما إذا كان بإمكان أي مرشد نفسي التغلب على هذه العقبات. تميل البحوث في هذا المجال إلى التركيز على تأثير التشابه بين المرشد النفسي والمسترشد على العملية الإرشادية، والنتيجة الإرشادية. في استعراض أصول الإرشاد النفسي للتشابه العنصري / العرقي، التشابه في الاتجاه، والتباين التعليمي، يذكر أتكينسون و تومسون (1992) أن المسترشدون يميلون إلى اعتبار المرشدين النفسيين على أنهم أكثر جاذبية عندما يتشابهون معهم، حتى يجدوا اختلافاً (كأن يكون المرشد النفسي يكون أكثر تعليماً من المسترشد). لقد تبين أن التشابه في الاتجاهات أكثر أهمية في الجاذبية للمرشد النفسي من التشابه في الثقافة / والعرق. تقدم الأصول العلمية للتشابه العرقي / الثقافي نتائج متضاربة، حيث تؤيد بعض الدراسات التشابه، في حين تعلن دراسات أخرى أن المسترشدون يفضلون المرشدين النفسيين المختلفين من الناحية الثقافية / العرقية. هناك بعض الأدلة تشير إلى أن الاتجاهات المتشابهة ، ومصداقية المرشد النفسي تعطي تقديراً أعلى من التشابه الثقافي / العرقي.

إن الخيانة الثقافية، ومستوى التثقيف، ومراحل نمو الهوية قد تكون متغيرات لابد من مراعاتها في تحديد تفضيل المسترشد للتشابه الثقافي / العرقي. فيما يخص الخيانة الثقافية، يصف أتكينسون& تومسون (1992) العديد من الدراسات التي تشير إلى أن المسترشدون الأمريكان من أصل أفريقي الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس الخيانة الثقافية قد انخرطوا في إنهاء عملية الإرشاد قبل الأوان عند العمل مع مرشد نفسي من البيض، وأن هؤلاء المسترشدون يصفون هؤلاء المرشدين النفسيين بأنهم أقل مصداقية، وأقل قبولاً، وأقل خبرة، وأقل موثوقية

فيما يبدو أيضاً أن المستوى الثقافي يلعب دوراً في تفضيل المرشدين النفسيين ذوي الخلفيات الثقافية/ العرقية المتشابهة. تظهر الدراسات أن هذا المتغير يمكنه أن يؤثر – إلى حد ما – في تفضيل المسترشدون للمرشدين النفسيين ذوي الحالة الثقافية / العرقية المتشابهة (Atkinson et al ,.., 1998)

كما بحيث العديد من الدراسات الأخرى في علاقة التشابه الشخصية بين المرشد النفسي والمسترشد، والعملية الإرشادية. بحث بيري و سيب (1991) في العلاقة بين التشابه في الشخصية، ومستوى تقدير الذات لدى المسترشد، والإنهاء قبل الأوان. فقد وجدا أن المسترشدون الذين لديهم تقدير ذات منخفض يميلون إلى إنهاء الجلسة الإرشادية قبل أوانها، عندما يحصلون أيضاً على تقديرات مرتفعة للتشابه مع المرشد النفسي. يشير بيري – سيب إلى أن المسترشدون ذوي تقدير الذات المنخفض قد يكون لديهم ميل لإسقاط مشاعر عدم الكفاية على المرشدين النفسيين المتشابهين معهم، وبالتالي يقللون من مصداقية المرشد النفسي، ويزيدون من الميول نحو الإنهاء المبكر. في حين وجد توبيرمان (1992) أن التشابه بين المرشد النفسي والمسترشد (كما يُقاس بقائمة كاليفورنيا

النفسية) يرتبط بالإدراك الإيجابي من قبل المسترشد للعلاقة الإرشادية من حيث درجة المشاركة، والدعم، والتعبيرية.

من خلال استعراض الأصول العلمية التي تتعلق بالتشابه في الجنس والنتيجة الإرشادية، لم تظهر نتيجة واضحة تتعلق بفعالية المرشد النفسي الأنثى مقابل الذكر، أو ما إذا كان التشابه في الجنس بين المرشد النفسي والمسترشد يعزز فعالية أفضل تتفوق على الجنس المعاكس (Beutier et al.,1994). الآن، تبدأ البحوث في توثيق الأساليب الإرشادية المختلفة للذكور والإناث. فالذكور يستخدمون المداخل الإرشادية التي تتمتع بكونها موجهة ومضبوطة (Nelson et al.,1985) أما المرشدات فتبحثن في قضايا مثل سيطرة الذكور وتحكمهم، واضطهاد المرأة، في العملية الإرشادية (Enns,1993). من منظور المساواة بين الرجل والمرأة، ليس بمستغرب أن الأدلة الأولية تشير إلى أن النساء يفضلن المرشدات للمساعدة في قضايا العلاقة (Snell et al.,1992). نحن بحاجة إلى بحوث إضافية لتحقيق فهم أفضل عن دور الجنس في العملية الإرشادية.

مما سبق، يتبين أن الدراسات تشير أن المسترشدون يبحثون أولاً وقبل كل شئ يريدون المرشد النفسي الموثوق به، بمعنى شخص يعتقدون في قدرته على مساعدتهم في مشكلاتهم. أيضاً، يضع المسترشدون أهمية للتعامل مع مرشد نفسي متشابه معهم في الشخصية، والاتجاهات، بمعنى، شخص يمكنهم الارتباط به، الشعور بالراحة معه. بالإضافة إلى ذلك، فإن التشابه الثقافي / العرقي أصبح هاماً بالنسبة للمسترشدون الذين يمرون بمستويات منخفضة من التثقيف. أيضاً، فإن الجنس متغير هام، حيث تفضل النساء المرشدات من أجل مناقشة قضايا العلاقة. بالإضافة إلى ذلك، فيما يبدو أن هناك متغيرات بارزة (مثل تقدير الذات) لابد من مراعاتها للحصول على فهم أعمق عن دور التشابه في العملية الإرشادية.

الملحوظة الشخصية التالية توضح كيف أنه بإمكان المرشد النفسي تحويل التحديات القوية في الإرشاد متعدد الثقافات إلى مصلحته.

ملحوظة شخصية

لقد اندهشت لاكتشاف أن بعض المعوقات – في الإرشاد متعدد الثقافات – التي تخيلتها قد تحولت إلى منافع. عندما كنت أخصائياً نفسياً في مستشفى عام في منطقة نافاجو، كان همي منّصب على المعوقات اللغوية بأني بحاجة إلى مترجم لأن بعض السكان لا يتكلمون الإنجليزية. ومع ذلك، في الإرشاد الأسري غالباً ما كنت أجد أن بعض أفراد الأسرة ثنائي اللغة. في هذا الموقف، كنت أجعل هؤلاء الأفراد مترجمين، لذلك لم تكن هناك حاجة لمترجم " خارجي ".

لقد كانت هناك العديد من النواتج الإيجابية نتيجة لجعل فرد من أفراد الأسرة يعمل كمترجم. أولاً كان على هؤلاء الأفراد أن يستمعوا جيداً لأنهم لا يعرفون متى أطلب الترجمة، كما أنهم أخذوا موضوع الترجمة على محمل الجدية. وبالتالي فيما يبدو – أبدوا اهتماماً واحتراماً لما يقوله الفرد الآخر من أفراد الأسرة. ثانياً، كان المسترشدون يأخذون دوراً إيجابياً نشطاً في العملية الإرشادية لأن الترجمة

تقوم في الأساس على إعادة الصياغة. أعتقد أن الكثير من التحديات في الإرشاد متعدد الثقافات يمكن التغلب عليها إذا نمىّ المرشد النفسي اتجاهاً موجباً، وكان حساساً لتكييف المناهج لإشباع حاجات المسترشد الفريدة.

مقترحات لدمج الاتجاه متعدد الثقافات

SUGGESTIONS OF INCORPORATING A MULTICULTURAL PERSPECTIVE

هذا الجزء يحدد مقترحات للمرشدين النفسيين لدمج الاتجاه متعدد الثقافات في منهجهم الشخصي للإرشاد النفسي، كما أنه يقدم معلومات عن عدد من القضايا البارزة المرتبطة بالإرشاد متعدد الثقافات: مثل كفاءات الإرشاد متعدد الثقافات، والعدل الاجتماعي، ووجهة النظر عن العالم والذات.

الكفاءة متعددة الثقافات Multicultural Competency

لقد حقق قسم علم النفس الإرشادي في الجمعية الأمريكية لعلم النفس مهمة تحديد الكفاءات عبر الثقافية المرتبطة بالمعتقدات، والاتجاهات، والمعرفة، والمهارات الخاصة بالمرشدين النفسيين، ذوى المهارات الثقافية. (Sue et al.,1982). ولقد لعب العمل الأصلي (لسو ورفاقه) في الكفاءة متعددة الثقافات خلال العشرين عاماً الماضية. دوراً رئيسياً في ظهور نشوء منافسات متعددة الثقافات فقد تحدى سو ورفاقه (1992) لقد تحدى لقد حاول أريديزو ورفاقه العمل على تحديد معايير المهنة للمرشدين النفسيين الأكفاء ثقافياً، وأشار إلى أهمية الاهتمام بها دمجها في التعليم، ودمجها في الممارسة الإرشادية، وقد استجابت جمعية التنمية والإرشاد متعددة الثقافات بنشر وثيقة تطبيق الكفاءات متعددة الثقافات، انظر (Arredondo,, Topork, Brown, Jone, Locke, Sanchez & stad-lar, 1999) اشتملت وثيقة أريدنرو ورفاقه (1996) (Arredondo et al.,1996) على 31 كفاءة، يلخصها جدول (15) – وتقدم خطوطاً إرشادية متعددة الثقافات للممارسة الكلينيكية، وتشتمل على وعي المرشدين النفسيين بالقيم والتحيزات الثقافية، ووعيهم بوجهات نظرهم عن العالم والذات، والتدخلات الحساسة للثقافات.

كما أهتمت جميعات أخرى بقضية كفاءات الإرشاد متعدد الثقافات كهوية مستقلة، وضمن القضايا الأخلاقية. يشير توماس و وينراخ (2004) أن الجمعية الأمريكية لعلم النفس في عام 2002، والجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي في عام 2003 قد أشارتا بإصداراتهما إلى موضوع الكفاءات متعددة الثقافات. على سبيل المثال، في عام 2002، أصدرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس خطوطاً إرشادية عن التربية متعددة الثقافات، وعن التدريب، والبحوث، والممارسة والتغيير المؤسسي للأخصائيين النفسيين (APA,2002). ومع ذلك، لم تقر كل المنظمات المهنية بالكفاءات. على سبيل المثال، في عام 2008، فإن جمعية الإرشاد النفسي للصحة النفسية بأمريكا لم تقر أو تتخذ موقفاً يتعلق بالكفاءات متعددة الثقافات، ويرجع ذلك إلى ندرة البحوث التي تدعم الموقف تجريبياً (Ham-ilton,2008).

جدول (15) الكفاءات الإرشادية متعددة الثقافات

1- وعي المرشدين النفسيين بالقيم والتحيّزات

(أ) الاتجاهات والمعتقدات

1. يمتلك وعياً بالاتجاهات والمعتقدات فيما يتعلق بالميراث الثقافي.

2. يعترف بمدى تأثير الخبرات الثقافية على المدركات التي تتعلق بالعمليات النفسية.

3. يكون على دراية بحدود خبرته في الثقافات المتعددة.

4. يتعرف على مجالات القلق والإزعاج التي تتعلق بالقضايا متعددة الثقافات.

(ب) المعرفة

1. يمتلك وعياً بمدى تأثير الخبرات العرقية / العنصرية على كيفية صياغة مفاهيم الإرشاد بما في ذلك تحديد ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي.

2. يحدد كيف تؤثر العنصرية، والنمطية، والاضطهاد عليه شخصياً ومهنياً.

3. يمتلك وعياً بالتأثيرات الاجتماعية على الآخرين.

(ج) المهارات

1. يكتسب الفرص التعليمية والتدريبية لتعزيز الكفاءات متعددة الثقافات.

2. يلتزم بالتغلب على القضايا الشخصية مثل النمطية والعنصرية التي قد تقوّض نمو الهوية الشخصية.

2- وعي المرشدين النفسيين بوجهات نظر المسترشدون عن العالم وعن ذواتهم

(أ) الاتجاهات والمعتقدات

1. يمتلك وعياً بمدى تأثير اتجاهاته ومعتقداته نحو الميراث العرقي / الثقافي للمسترشد (إيجاباً وسلباً) على العلاقة الإرشادية.

2. يعترف بالنمطية والافكار المدركة مسبقاً لدية نحو المسترشدون ضمن مجموعات عرقية / عنصرية مختلفة.

(ب) المعرفة

1. ينمي معرفة عن الميراث الثقافي للمسترشدون (أين كان يعمل المسترشدون بما يخص نماذج تنمية هوية الأقليات).

2. يراعي مدى تأثير العوامل متعددة الثقافات مثل العرق، العنصرية، والثقافة على سلوك المسترشدون (مثلاً الاختيار واتخاذ القرار المتعلق بالوظيفة) ومدى تأثير ذلك على العملية الإرشادية.

3. يكتسب معرفة كيف تقوّض قوى سياسية اجتماعية مثل الفقر والتمييز، النمو النفسي للمسترشدون فيما يتعلق بتقدير الذات، وفعاليات الذات، وعوامل أخرى، عن الكيفية التي يمكن مراعاة هذه القضايا في الإرشاد النفسي.

(ج) المهارات

1. يستفيد من فرص البحوث والتدريب لمراعاة قضايا الصحة النفسية ضمن الاتجاه متعدد الثقافات.

2. يحافظ على المشاركة مع الأفراد من مجموعات ثقافية / عرقية مختلفة داخل وخارج موقع الإرشاد النفسي.

3- التدخلات الحساسة للثقافة

(أ) الاتجاهات والمعتقدات

1. يحترم توجه المسترشدون الديني والروحاني

2. يعترف بقيمة المساعدات الفطرية التي يستفيد منها المسترشد.

3. يحترم دور ثنائية اللغة في عملية المساعدة

(ب) المعرفة

1. يكتسب معرفة عن مدى تصادم المفاهيم العامة من نظريات وممارسات الإرشاد النفسي التقليدي مع تلك المفاهيم للثقافات المختلفة

2. يكون على دراية بالمعوقات المؤسساتية التي تواجهها الاقليات في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية.

3. يكتسب فهماً عن مدى تباين الحياة الأسرية والموارد المجتمعية عبر الثقافات

4. يحدد كيف أن الممارسة التمييزية قد يكون لها تأثير عكسي على الصحة النفسية أو العقلية للمسترشد.

(ج) المهارات

1. يستفيد من مهارات المساعدة اللفظية وغير اللفظية المناسبة ويعدّلها إذا لزم الأمر من منظور الثقافات المتعددة وفقاً لحاجات المسترشد الفريدة.

2. يطبّق تدخلات مؤسساتية لمخاطبة مشكلات مثل العنصرية والتمييز.

3. يعترف بدور المعالجين التقليديين في تقديم التدخلات الحساسة للثقافات.

4. يوفر فرصاً للمسترشدون للتعبير عن أنفسهم من خلال لغتهم المفضلة.

5. يستفيد من الأدوات إجراءات القياس الحساسة للثقافات.

6. يخاطب قضايا التنوع مثل الثقافة، و الجنس، والسن التي قد تتحيز لتقييمات، وتقوّض تدخلات.

7. يساعد المسترشدون على أن يأخذوا دوراً نشطاً في صياغة وتطبيق التدخلات خلال العملية الإرشادية.

اكتساب المعرفة عن الثقافة يمكن أن يكون مهماً للإرشاد النفسي متعدد الثقافات

الكفاءة متعددة الثقافات والعدالة الاجتماعية

Multicultural Competency and Social Justice

لقد أصبحت الكفاءة متعددة الثقافات أحد المجالات الأكثر بحثاً في مهن المساعدة. فقد درس الباحثون دور الكفاءة متعددة الثقافات في التربية (pope,1994)، والتعرف على الحالة (Constantine & Ladany,2000)، ووجهة نظر المسترشدون عن الإرشاد النفسي (Pope et al ,.2002)، والعدالة الاجتماعية (Vera & Speight,2003). لقد ظهرت قضايا العدالة الاجتماعية لأنها مناسبة لتحقيق التكامل في دمج الكفاءة متعددة الثقافات في الإرشاد النفسي (Vera & Speight ,2003). تنطوي العدالة الاجتماعية على الحديث عن القوى السياسية – الاجتماعية مثل الاضطهاد الثقافي، التي تقّوض حقوق الإنسان. فيرا& سبيت (2003) على قناعة من أن الكفاءة متعددة الثقافات ينبغي أن تأخذ مكانها في الالتزام بالعدالة الاجتماعية. إن مخاطبة هذه القضايا تتطلب من المرشدين النفسيين توسيع دورهم إلى أبعد من الإرشاد النفسي والعلاج النفسي ليشتمل على التغيير الاجتماعي. يمكن استخدام العلاج النفسي للمساواة بين الجنسين (Brown ,1997 , Enns,1993)، ولمخاطبة قضايا العدالة الاجتماعية من خلال تعزيز السلوك السياسي – الاجتماعي للتغلب على الاضطهاد، وتحقيق المساواة ترى كريثر ورفاقه (2008)، أن الإرشاد النفسي القائم على المساواة بين الجنسين، ومتعدد الثقافات، والعدالة الاجتماعية جميعها تشترك في نماذج متشابهة. مثل التشجيع على التغيير البيئي – الاجتماعية من أجل التغلب على التهميش والأشكال الأخرى من الظلم. يتم تشجيع المسترشدون لتحدي التمييز الموروث في المجتمع المسيطر من أجل تشجيع المساواة، والمساعدة، والتأييد، الدمج.

الجدل حول الكفاءات متعددة الثقافات The Multicultural Competencies Debate

هناك جدل دائم حول قدرة الكفاءات متعددة الثقافات على تطوير ممارسة الإرشاد النفسي وتقدمها. وينراخ و توماس (2002) يشيران إلى أنه لا توجد أدلة تجريبية على أن المرشد النفسي الذي يتقن المتطلبات التي وضعها أريدندو ورفاقه (1996) يؤدي عمله بشكل أفضل ممن لا يتقن هذه المتطلبات، كما أنهم على قناعة من أن المتطلبات معيبة من حيث المحتوى والافتراضات بها جوانب ضعف.

يرى باتيرسون (2004) أن الكفاءات متعددة الثقافات ليست ضرورية، ويمكن أن تكون مضللة وقد تأتي بنتائج عكسية، وهناك مشكلتين متعلقة بهما وهما أولاً، النتائج الإرشادية الإيجابية أكثر أهمية من موضوع المعرفة والمهارات المرتبطة بالكفاءات متعددة الثقافات. يشتمل الإرشاد الفعال على مدى واسع من المتغيرات مثل الظروف الرئيسية لدى روجرز (1957) والعلاقة الودودة بين المرشد النفسي والمسترشد. ثانياً، من الخطأ الافتراض بأن الفروق لدى المسترشدون أهم من المتشابهات، ومن ثم تصنيف المسترشدون إلى مجموعات مستقلة، كل منها تتطلب مناهجها الخاصة في الإرشاد النفسي.

في حين أن وينراخ و توماس (2004) يعتقدان بأن الكفاءات متعددة الثقافات كانت ناجحة عند المستوى النظري في أنها "جلبت -بنجاح- الوعي للمرشدين النفسيين عن أهمية الانتباه للحاجات الإرشادية المتنوعة لدى الأقليات"، إلا أنهما يعتقدان بأن الكفاءات المتعددة الثقافات قد فشلت عند المستوى التطبيقي في أنها لم تقدم دليلاً مقنعاً في أنها سوف تحسّن من النتائج الإرشادية. بالإضافة إلى ذلك، فإنهما على قناعة من أن العيب الكبير في الاتجاه متعدد الثقافات يتمثل في تأكيده على العيوب فيما يتعلق بالمسترشدون والمهنة الإرشادية وليس على مناحي القوة لدى المسترشدون.

تشير داندريا ورفاقها (2008) في مراجعة لأربعين عاماً من البحوث عن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات – أن الاهتمام الذي أُعطي للكفاءات الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، فإنه لمن المحّير حقاً أن الدراسات لم تستخدم الكفاءات كمتغير مستقل. وعلى الجانب الآخر، فإن أريدندو وتوبورك (2004) على قناعة بأهمية الكفاءات في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

أريدندو ورفاقه (2008) على قناعة من أن أولئك الذين يريدون دليلاً على فعالية كفايات الإرشاد النفسي متعدد الثقافات يهملون الصلة الوثيقة للقوى الثقافية والاجتماعية السياسية في الإرشاد النفسي، ويرون أن أولئك الذين يحتاجون دوماً إلى دليل، أو أصحاب اتجاه " اثبتها " يمثلون مقاومة عقلية كاذبة لحركة الإرشاد النفسي متعدد الثقافات المستمرة. وبالتالي نحن في حاجة إلى بحوث وحوار لخلق ملتقى علمي مفتوح لمخاطبه هذه القضايا الهامة.

وجهة النظر العميقة عن العالم وعن الذات Worldview

من المهم أن يكون لدى المرء معرفة عن ثقافة المسترشد، وأن يكون أيضاً قادراً على فهم المسترشد كفرد فريد. فوجهة النظر الشاملة عن العالم وعن الذات – وهو مفهوم قد أكتسب شهرة وإدراكاً متزايداً في الأدبيات متعددة الثقافات -مفهوم يمكن استخدامه لشخصنة العملية الإرشادية (Ib-rahim,1991). وجهة النظر الشاملة عن العالم وعن الذات- والتي قد تمتد إلى أبعد من الثقافة أو المجموعة العرقية – يمكن أن تعرف بأنها افتراضات ومدركات تتعلق بالعالم (Sir ,1976 ,Sue,1978) – كما أنها ترتبط مباشرة بالأفكار والمشاعر، والمدركات للعلاقات الاجتماعية والعالم (Ibrahim,1991). كما أن لها تأثيراً مباشراً على قدرة المسترشد على حل المشكلات، واتخاذ القرارات وحل الصراعات (Ibrahim,1993). إن معرفة وجهة نظر المسترشد عن العالم وعن الذات يمكن أن تعزز من فهم المسترشد ويمكن أيضاً أن تؤدي إلى إستراتيجيات إرشادية فعالة وأكثر حساسية (Ibrahim,1991). ينبغي أن تُحدد وجهة نظر المسترشد عن العالم وعن الذات أثناء التقييم الأول للمسترشد (Ibrahim,1991). أحد الأدوات الفعالة لعمل ذلك هو مقياس لتقييم وجهات النظر عن العالم (Ibrahim & kahn,1984 , 1987)، والذي يقيّم المعلومات التي تتعلق بوجهة نظر المسترشد عن الطبيعة البشرية، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقة مع الطبيعة، توجه الزمن، وتوجه النشاط. هذا المقياس يمكن أن يساعد المرشد النفسي في استكشاف القيم، والمعتقدات والافتراضات لدى

المسترشدون، ويكتسب فهماً عن هموم المسترشد ومشكلاته، ويميز بين وجهة نظر المسترشد عن العالم ووجهات النظر الثقافية (ibrahim,1991).

يقدم دريفيتو (1996) اتجاهاً منظوراً متعدد الثقافات في نموذج لوضع مفاهيم عملية التغيير التي تقوم على مفهوم وجهة النظر عن العالم وعن الذات، وتدمج مفاهيماً من الأنثروبيولوجيا ومن بحوث العملية الإرشادية. يعترف نموذج دريفيتو للتغيير بوجهة النظر العامة والخاصة عن العالم لكل من المرشد النفسي والمسترشد. وفقاً لهذه النظرية، فمن المفيد لكل من المرشد النفسي والمسترشد أن تكون لديهما وجهات نظر عن العالم عامة ومتناغمة (فهم الفرد عن العالم بالمعنى الواسع المجرد)، ووجهة النظر الخاصة المتناقضة عن العالم (أفكار وآراء محددة تقوم على خبرات الحياة). خلال عملية التغيير في الإرشاد النفس، يعتقد أن التشابه في وجهة النظر العامة عن الحياة تعزز التعاطف وتقوي العلاقة الإرشادية الإيجابية، أما وجهات النظر المتناقضة الخاصة عن العالم فتعزز الاتجاهات البديلة لحل المشكلات.

تطور الهوية Identity Development

نمو الهوية "هو عملية دمج وتوسيع أحساس الفرد بذاته" (Meyers et al.,1991 ,p.54). على الرغم من أن تحقيق الهوية الذاتية الإيجابية قد يكون صعباً (Meyers et al .,1991)، إلا أن مساعدة المسترشدون على توضيح وتعزيز هويتهم الذاتية يمكن أن تكون المهمة الأساسية في الإرشاد النفسي.

نماذج نمو الهوية وسيلة لفهم عملية تشكيل الهوية، وتحديد مكانه المسترشد في هذه العملية. العديد من هذه النماذج تصف مراحل نمو الهوية للمجموعات العرقية / العنصرية مثل الأمريكان الأفارقة (Cross,1995)، الأمريكان الأسبان (Casas & Pytlulk,1995)، الأمريكان الآسيويين (Kim,1981)، والأمريكان البيض (Helms,1995 , Rowe et al .,k1995) ، والأمريكان ثنائيو السلالة (Kerwin & Ponterotto , 1995).

ومع ذلك، ذكر مايرز ورفاقه (1991) أن نماذج نمو الهوية العرقية / العنصرية قد تكون لها عيوب عديدة. على سبيل المثال، قد لا تأخذ في الاعتبار العوامل القصرية المتعددة، مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية، والحالة الأقلية (مثلاً : الأمريكان الأسيويون) للتغلب على بعض هذه العيوب، ابتكر هؤلاء الباحثون نموذج النظرية المثلى للتطبيق على نمو الهوية، الذي يراعي العوامل القصرية المتعددة، التي يمكن أن تؤثر على نمو الهوية، وتقوم على وجهة النظر الشاملة عن العالم وليست مقّيدة بالاعتبارات العرقية / العنصرية. يصف مايرز ورفاقه (1991) نموذج النظرية المثلى للتطبيق على نمو الهوية كعملية من سبع مراحل هي:

المرحلة صفر: غياب الوعي الشعوري. في هذه المرحلة، يفتقر الفرد إلى الشعور بالذات كفرد مستقل، فالأفراد لا ينمو لديهم الوعي بالذات إلا بعد العام الأول أو الثاني من الحياة (Dwo-retzky,1996)

المرحلة الأولى : الفردية. أثناء هذه المرحلة، يلتصق الأفراد بالهوية الشخصية التي تتولد من الخبرات المجتمعية والأسرية المبكرة. فهم يستفيدون من وجهات النظر عن الذات المتمركز حول الآن، والتي لا تضع في الاعتبار وجهات النظر السالبة عن الآخرين.

المرحلة الثانية: التنافر. في المرحلة الثانية، يبدأ الأفراد في اعتبار آراء الآخرين فيما يتعلق بهويتهم، حتى لو كانت هذه الآراء سالبة. إن إدراكهم للآراء السالبة من الآخرين يوجد تنافراً، ويبدءون في التساؤل عن هويتهم الحقيقية.

المرحلة الثالثة : الانغماس. الأفراد الذين يشعرون بأن الآخرين لا يعطونهم قيمةً، أو يحطون من قدرهم قد ينغمسون في العادات والتقاليد، وطرق الحياة لدى هذه المجموعة، كما أنهم قد يتصرفون بغضب نحو المجموعة المسيطرة. على سبيل المثال، المرأة الأمريكية - الآسيوية البالغة من العمر 20 عاماً - والتي تعرف بأن لديها عادات وتقاليد الأنجلو - ربما ترفض هذه العادات والتقاليد، وتنغمر في العادات والتقاليد الآسيوية إذا سمعت أن الآخرين يتحدثون عن سلالتها بطريقة فيها ازدراء.

المرحلة الرابعة : الباطنية. في هذه المرحلة، يدمج الأفراد عدداً من المظاهر البارزة لذواتهم في صياغة هويتهم الشخصية. هذا التصور الواسع عن الذات يمكّنهم من التحمّل، وقبول نقد الآخرين.

المرحلة الخامسة: الدمج. كلما أكتسب الأفراد فهماً عميقاً عن الذات، فإنهم يبدعون في تغيير افتراضاتهم عن العالم؛ حيث تصبح وجهة نظرهم عن العالم شاملة وتقبل الفروق الفردية. عند هذه النقطة، فإنهم يختارون الأصدقاء بناءً على القيم والاهتمامات المشتركة بدلاً من معايير العرق / العنصرية.

المرحلة السادسة: التحّول أو النقل. في مرحلة التحّول أو النقل، يُعاد تعريف الذات بناءً على وجهة النظر الشاملة عن العالم التي تقدّر الارتباطات المتداخلة والمتبادلة لكل مظاهر الحياة. هذه الهوية الظاهرة تدمج الوعي الروحاني فيما يتعلق بترتيب أو تنظيم الحياة والكون، وتعزز الشعور بالكلية أو الكمالية لدى الفرد.

طرق تقييم النظريات الإرشادية Methods of Evaluating Counseling Theories

لصياغة منهج شخصي للإرشاد متعدد الثقافات، من الضروري تحديد مدى مناسبة النظرية الإرشادية التقليدية. هناك عدة طرق يمكن أن تساعد في هذه العملية.

نظرية التثقيف: عبارة عن مقياس لمدى التكيّف مع العادات والقيم الخاصة بالثقافة المضيفة. يرتبط المستوى التثقيفي للفرد بدرجة التغيير (بين الثقافة الأصلية والثقافة المضيفة) من حيث القيم والسلوكيات، والوعي الثقافي، والولاء الثقافي (Kim & Abreu,2001). يمكن أن يقّدر المرشدون

النفسيون المستوى التثقيفي للفرد بفحص مدى انخراط المسترشد في المجتمع. تشتمل العوامل المؤثرة في التثقيف على المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، طول الفترة التي قضاها الفرد في الثقافة المضيفة، ومدى التعرض للعنصرية (Lee ,1991).

لقد تم تطوير نظريات التثقيف لمجموعات عرقية / عنصرية عديدة في محاولة لفهم عملية التثقيف (مثلاً: للهنود الأمريكان Choney et al ,1995). بالإضافة إلى ذلك، فإن مقاييس التثقيف متاحة للأمريكان الأفارقه (Helms,1986)، والأمريكان الهنود (Hofman et al.,1985)، والآسيويون (Suinn et al .,1987)، والاسبانيين (Mendoza,1989) . فيما يبدو أن نظرية التثقيف مجال واعد للبحوث وسوف تحفّز بدون شك - بحوث أخرى عن مدى واسع من القضايا ذات الصلة بالإرشاد النفسي ضمن المنظور متعدد الثقافات.

يبدأ الباحثون في استكشاف القضايا التي تتخطى تقييم ممارسة إجراءات الإرشاد النفسي التقليدي مع مسترشدون الأقليات. على سبيل المثال، "الضغوط التثقيفية" موضوع للعديد من الدراسات. يعرّف سمارت و سمارت (1995) الضغوط التثقيفية بأنها "التأثير النفسي للتكيف مع الثقافة الجديدة" (p.25). خلصت التحليلات البعدية لأكثر من 49 دراسة عن التثقيف والتوافق إلى أن الضغوط تكون حادة أو شديدة في بداية عمل التثقيف (Moyerman& Forman,1992).

حددت بعض البحوث (Smart & Smart ,1995)، العوامل الصحية، والتضمينات الإرشادية المرتبطة بالضغوط التثقيفية بين المهاجرين الإسبان. ترتبط الضغوط بظواهر مثل اضطراب الصحة الجسمية ، واتخاذ القرار، والأداء الوظيفي، الاستفادة من العلاقة الإرشادية. مما لا شك فيه أن نظرية التثقيف سوف تستثير نشاطاً بحثياً إضافياً لمدى واسع من القضايا ذات الصلة بالإرشاد النفسي ضمن المنظور متعدد الثقافات.

نموذج أشر: نموذج أشر (1989) طريقة أخرى لتقييم مناسبة النظرية. تشير أشر إلى أن الافتراضات العشر الخطأ التي حددها بيديرسين (1987) يمكن استخدامها لتحديد ما إذا كان من الممكن استخدام نظرية الإرشاد التقليدية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات. ومن ثم، فإن نظرية الإرشاد النفسي التي يبدو أنها تعزز أحد هذه الافتراضات أو أكثر يمكن تعديلها أو تجنبها. لكي توضح نموذجها، استخدمت أشر (1989) عشرة افتراضات خطأ لتقييم العلاج النفسي المتمركز حول المسترشد لروجرز (1951). أوضح تحليلها أن لنظريته مناحي قوة ومناحي ضعف من حيث استخدامها في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات. على سبيل المثال، يبدو أن جانبين لنظرية روجرز يعززان الإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Usher,1989). أولاً، نظرا لأن المسترشدون يعرّفون الأهداف أو يحددونها، ويحددون أيضاً عملية التقييم فإن فرصة الحكم عليها من وجهة النظر

الخاصة بالطبيعة عند الثقافة المسيطرة - قليلة. ثانياً، عناصر الدورة في منهج روجرز تسمح للمسترشدون بالتعبير عن أنفسهم ضمن إطار عمل غير موجّه، وغير حكمي. أيضاً هذه الطريقة حددت بعض المشكلات القوية في الإرشاد النفسي المتمركز حول المسترشد في حالات التنوع الثقافي، ترتبط أحد هذه المشكلات بتأكيدها على الفردية والاستقلالية عن الآخرين، وهذه المشكلة لا تعترف بنظرة الاعتمادية الصحية التي تحملها بعض الثقافات بالنسبة لأفراد الأسرة، وأصحاب السلطة والنفوذ. أما المشكلة الثانية، فتنشأ من الاعتقاد بأن وجهة الضبط والمسؤولية تقطن داخل الفرد، ولا يؤخذ في الاعتبار العوامل البيئية مثل الفقر، والتي يمكن أن تؤثر على عملية النمو لدى المسترشد. وهناك مشكلة ثالثة ترتبط بتأكيد روجرز على الآنية. هذا الإطار المرجعي قد لا يكون كافياً لفهم مشكلات مثل الاضطهاد، والذي قد يؤثر في المسترشدون المختلفين ثقافياً.

نموذج الدراسة من الداخل والدراسة من الخارج: النموذج الثالث لتقييم فعالية النظرية الإرشادية في الإرشاد متعدد الثقافات ينطوي على مفهومين : الدراسة من الخارج والدراسة من الداخل، وهما مصطلحان يرتبطان باللغويات (Lee,1984 , Ridley et al .,1994). الدراسة من الخارج مفهوم من الصوتيات، وهو شئ شائع لكل اللغات. تشير الدراسة من الخارج إلى مفاهيم في النظرية الإرشادية العامة لكل الثقافات. على سبيل المثال، الاقتناع بالعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني بأن المعتقدات اللاعقلانية تسهم في النتائج الانفعالية السالبة (ellis,2005). أما الدراسة من الداخل فهو مفهوم من الوحدات الصوتية الصغرى (الفونيم)، وهو شئ يخص لغة بعينها. تشير الدراسة من الداخل إلى مفاهيم تؤكد على الفردية، على سبيل المثال، البرمجية اللغوية العصبية – وهو منهج يتباين مع كل فرد (Bandler & Grinder,1975) .

قد تكون هناك ميزة لاستخدام مفاهيم الدراسة الداخلية على استخدام مفاهيم الدراسة الخارجية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، حيث أن مفاهيم الدراسة الداخلية تشجع المرشد النفسي على التعامل مع كل مسترشد على أنه فرد، ومن خلال ذلك يتجنب الميول للانخراط في التحامل أو النمطية. وعلى الجانب الآخر، فإن مفاهيم الدراسة الخارجية لابد أن تكون عامة وتطبق على ثقافات مختلفة بدون تحيّز. يمكن أن تظهر المشكلات في مفاهيم الدراسة الخارجية عندما تفترض النظرية أن المفهوم عام بينما لا يكون هو كذلك في الحقيقة – على سبيل المثال، مفهوم العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني أن التفكير اللاعقلاني سوف يولّد صعوبات انفعالية بغض النظر عن الثقافة (Bandler & Grinder,1975). فيما يبدو أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لا يراعي إن أمكانية تعريف الأفكار اللاعقلانية قد يتباين من ثقافة لأخرى. لذا، فإن فعالية العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني قد تقل في المواقف التي يستخدم فيها المرشد النفسي معايير غير مناسبة لما هو عقلاني، أو لا عقلاني، والهزيمة الذاتية.

يمكن استخدام نموذج العوامل الشائعة لفيسكر ورفاقه (1998) لدراسة منظور الدراسة الخارجية (عالمي)، ومنظور الدراسة الداخلية (المحدد بالثقافة) في الإرشاد النفسي. هذا النموذج على قناعة بأن الإرشاد النفسي كله متعدد الثقافات، وأن هناك حاجة لإطار عمل لدراسة الظروف الصحية العامة في السياق المحدد بالثقافة. هناك أربعة عوامل شائعة تؤيدها البحوث، لها قيمة علاجية عامة عبر الثقافة وهي :

1- العلاقة العلاجية: عبر كل الثقافات، تشير كلمة العلاج النفسي إلى العلاقة بين أثنين. تعتبر علاقة الثقة والرعاية قلب العملية الإرشادية.

2- وجهة النظر العامة المشتركة عن العالم: وجهة نظر عامة ومشتركة عن العالم هي الأساس للتفاهم بين المرشد النفسي والمسترشد. على الرغم من أن وجهات النظر هذه سوف تتباين، إلا أن هناك تواصل بين التقدير والاحترام المتبادل لمدركاتهما (المرشد النفسي والمسترشد) عن العالم.

3- توقعات المسترشد: حتى يكون الإرشاد النفسي مفيداً، لابد أن يؤمن المسترشدون بأنه سوف يكون معيناً ومساعداً لهم، حيث أن الاعتقاد في نفع الإرشاد النفسي يمكن أن يعززه المرشدون النفسيون من خلال رؤية المسترشدون في بيئاتهم الطبيعية مثل البيوت، ودور العبادة. في هذه الحالات، يتم تعزيز توقعات المسترشدون عندما يوصّل المرشدون النفسيون الرعاية والفهم لوجهات النظر الشاملة للمسترشدون عن العالم.

4- الطقوس أو التدخل: ترتبط الطقوس أو التدخل بأهمية ربط إجراءات الإرشاد النفسي مع القضايا المتعلقة بالثقافة لدى المسترشد. تحتاج التدخلات العلاجية الحساسة للثقافة إلى قاعدة معرفية قوية في قضايا التنوع والفروق الفردية، على سبيل المثال، يؤكد لويس (1994) على أهمية تعديل الاتجاهات الشائعة مثل العلاج النفسي المعرفي، لدمج البيئة الثقافية للمسترشد. يذكر لويس – على سبيل المثال – أن المسترشدون الأمريكان الأفارقة يضعون قيمة عالية للأسرة، والدين، والروحانية، ويقترح أنه في هذه الأمثلة لابد أن يراعي المرشدون النفسيون تأطير إعادة البناء المعرفي داخل سياق النصوص الكتابية. يقدم نموذج فيسكر ورفاقه (1998) إطار عمل من خلاله يتم إجراء الإرشاد النفسي كليةً من منظور متعدد الثقافات. هذا النموذج يقترح استخدام المرشدين النفسيين السؤال التالي لتأطير العملية الإرشادية : " كيف استمر في بناء العلاقات مع المسترشدون، وفهم وجهات نظر المسترشدون وإدراكهم للضغوط، وأرفع من توقعات المسترشدون، وأطبّق التدخلات ذات الصلة بالثقافة؟" (Fisher et al .,1998 , p.569) . فيما يبدو أن نموذج العوامل الشائعة يقدم الكثير لعلم الإرشاد النفسي من حيث تقليص الفارق بين منظوري الدراسة الخارجية والداخلية للإرشاد النفسي متعدد الثقافات. نحن في حاجة إلى بحوث إضافية لتقييم العوامل الأربعة الشائعة، خصوصاً فيما يتعلق بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

خطوط إرشادية للإرشاد النفسي متعدد الثقافات

Guidelines for Multicultural Counseling

يقدم هذا الجزء عشر خطوط إرشادية لدمج إستراتيجيات الإرشاد النفسي متعدد الثقافات في المنهج الشخصي للإرشاد النفسي عندما يكون المرشد النفسي متعدد الثقافات.

حقق احتراماً متبادلاً : الاحترام المتبادل يمثل الأساس لكل العلاقات (Dinkmeyer & Mckay,1997) ، وهذا هام – على وجه الخصوص – في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات عندما يكون المرشد النفسي من ثقافة الأغلبية يرشد مسترشداً من الأقليات. في هذه المواقف، قد يشعر المسترشدون بأن المرشد النفسي ينظر إليهم نظرة دونية، وبالتالي يقاومون المشاركة في الإرشاد النفسي.

يمكن للمرشدين النفسيين ايجاد فرص ليتم من خلالها توصيل الاحترام للمشترشد وذلك باحترام طريقته الفريدة في إدراك العالم والتفاعل معه. كما يمكن للمرشدين النفسيين أيضاً توصيل قبول المسترشدون متى كان ذلك ضرورياً. على سبيل المثال، قد يصبح بعض المسترشدون مرتبكين لأنهم يجدون صعوبة في تحدث اللغة الإنجليزية، وعندما يحدث ذلك، فإن على المرشد النفسي أن يخبر هؤلاء المسترشدون بأنه شئ رائع أن يكونوا ثنائيي اللغة، في حين يتحدث معظم الناس لغة واحدة فقط.

عندما يجد المسترشدون الاحترام والقبول، يصبحون عندئذ في حالة من الاسترخاء، والقبول للمرشد النفسي. الاحترام المتبادل الناتج عن ذلك يمكن أن يسهم في علاقة المساواة في العملية الإرشادية.

لا تفرض نظامك الاعتقادي : عند العمل في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، من الهم أن يتجنب المرشد النفسي إصدار الأحكام بناءً على أرائه هو. لكل ثقافة معاييرها ونظامها القيمي، فهذا سوف يؤثر على الكيفية التي يرى بها المسترشدون القضايا الهامة التي تخص الإرشاد النفسي مثل فهمهم للصحة النفسية. على سبيل المثال، سكان نافاجو لا يميزون بين الصحة النفسية والصحة الجسمية (Harrar,1984). فهؤلاء الناس يرون المشكلات النفسية على أنها نتيجة لكون الفرد "غير متجانس" مع ثقافة نافاجو التقليدية (Harrar,1984).

عامل المسترشدون كأفراد فريدين أولاً، وكأفراد من ثقافة خاصة ثانياً: من المهم اعتبار أن كل الناس فريدين، حتى بما يعنيه كونهم جزءً من ثقافة معينة. إن التركيز على الخصائص الفريدة لمسترشد معين سوف يساعد المرشدين النفسيين في التغلب على النمطية وعمليات الهزيمة الذاتية الأخرى.

قرر ما إذا كانت المناهج الإرشادية التقليدية مناسبة لمسترشد معين : يمكن أن يستخدم المرشد النفسي الطرق الثلاث الموصوفة في هذا الفصل لتحديد مدى مناسبة النظرية الإرشادية التقليدية في ظروف متعددة الثقافات.

وفّر خدمات يمكن الوصول إليها، والاعتماد عليها: من المهم أن يكون للخدمات الإرشادية قائمين عليها بحيث يستطيع المسترشد التعرف على بعض الأشخاص هناك إذا لزم الأمر للمساعدة، هذا هام على وجه الخصوص في المناطق النائية، حيث قد يسافر المسترشد لمسافات طويلة طلباً للمساعدة الإرشادية. من المهم المركز الإرشاد النفسي أن يكون حسن السمعة، وإلا سوف يتوقف المسترشد عن القدوم إليه. قد يشعر بعض المسترشدون أن مشكلاتهم " ليست كبيرة " لدرجة أنها تحتاج إلى خدمات إرشادية، وهؤلاء الذين يحتاجون إلى خدمات كثيرة. فهم في حاجة إلى الطمأنينة ومعرفة أن الخدمات الإرشادية موجودة من أجلهم، ومرحباً بهم إذا أتوا لتلقي هذه الخدمات.

استخدم منهجاً مرناً: ينبغي أن يكيّف المرشدون النفسيون منهجهم لحاجات المسترشدون الفريدة في كل الحالات، ولكن المرونة هامة في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات. في كثير من ثقافات الأقلية، مثل ثقافات الأمريكان المكسيكيين، الأمريكان الأفارقة، والأمريكان الأصليين، فإن نسبة كبيرة من الناس يناضلون ضد تأثيرات الفقر. هؤلاء الأفراد قد يحتاجون إلى مساعدة في الحاجات الأساسية مثل الطعام، والمأوى، والأمان. وعندما يحدث ذلك، ينبغي أن يكيّف المرشدون النفسيون مدخلهم لإشباع هذه الحاجات، بأن يصبح للمنهج مصاغاً بأفعال إجرائية، ويركز على الحاضر (Sue,1981). قد يعمل المرشدون النفسيون كمدافعين عن حقوق المسترشدون، والذي يساعد المسترشدون في الحصول على المنفعة من الخدمات الاجتماعية أو الوكالات الأخرى.

ينبغي أن يُنظر إليك على أنك فاعل وليس مجرد آخذ: ينبغي أن يظهر المرشدون النفسيون أنهم قادرون على إنجاز شئ ما عياني مع المسترشد في بداية العلاقة الإرشادية. فالمرشد النفسي الذي يُنظر إليه على أنه فاعل وليس مجرد متحدث سوف يسعى إليه المسترشدون، ويعطونه قيمة عالية، خصوصاً أولئك الذين يسهمون في إشباع حاجاتهم الأساسية.

قم بعمل تقييم بيئي: من المهم أن تتجنب الإفراط في التركيز على القوى النفسية الداخلية في التقييم والتشخيص. التقييم البيئي سوف يمكّن المرشد النفسي من استكشاف العوامل الاجتماعية الثقافية، التي يمكن أن تسهم أيضاً في مشكلات المسترشد. وهذا سوف يسهم في التقييم الدقيق والتشخيص الدقيق، وأيضاً سوف يساعد المرشد النفسي والمسترشد في تحديد الأهداف العلاجية الواقعية.

أطلق العنان لنفسك لتشربها ثقافة المسترشد : من الممكن أن يكون الإرشاد النفسي متعدد الثقافات مثيراً، ومكافئاً في نفس الوقت، حيث يمكن أن ينطوي على العيش والعمل في ثقافة أخرى

أو ببساطة تقديم خدمة إرشادية متعددة الثقافة. بغض النظر عن درجة خبرة المرشد النفسي بالثقافات المتعددة، فإن هناك العديد من الفرص للإثراء الثقافي. قد يكتشف المرشد النفسي على الفور بعض أوجه ثقافة ما، مثل أنواع الطعام، أسلوب اللباس، الاختلاف في الحياة الأسرية، معايير للصحة النفسية والجسمية. كما أن لكل ثقافة عاداتها الخاصة، ومعتقداتها الخاصة، وميراثها الخاص، وفنونها الإبتكارية الخاصة. إذاً من الضروري دراسة الثقافة لإعطاء تقدير لجمالها الخاص من خلال القراءة، الذهاب إلى المعارض الفنية، والأحداث الثقافية الأخرى، وبالطبع التعلم من المسترشد.

لست في حاجة أن تكون من الأقليات لترشد الأقليات: من المشكلات القوية في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات المعوقات اللغوية، والنمطية، ونقص الوعي بالنظام القيمي للمجموعة الثقافية. يمكن للمرشد النفسي التغلب على هذه المشكلات من خلال الحساسية للحاجات الفريدة للمسترشد ومحاولة الحصول على المعتقدات، المعرفة، والمهارات الضرورية للإرشاد في ظروف تعدد الثقافات.

الخلاصة

إن تنمية منهج شخصي جيد للإرشاد النفسي يخلق البنية الضرورية للعمل في العملية الإرشادية. يقدم لنموذج الثماني مراحل، بما في ذلك استحقاق استخدام المنهج الدمجي، خطوطاً إرشادية لصياغة المنهج الشخصي المستجيب للمجتمع متعدد الثقافات. هذا النموذج يشير إلى أن المرشدين النفسيين الذين يستفيدون من النظرية الرئيسية سوف يقفون على أرض صلبة للاقتراب من العملية الإرشادية التي سوف تقدم الاتساق الداخلي. بعض التحديات القوية المرتبطة بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات تشتمل على الميل نحو التحيز العلاجي والتشخيص. هذا التحيز يمكن التغلب علية عندما يعامل المرشد النفسي المسترشد على أنه شخص أولاً، وعضو في ثقافة معينه ثانياً، وعندما يرتبط بحساسة للحاجات الخاصة للمسترشد وظروفه، ويكتسب الوعي الضروري، والمعرفة والمهارات المرتبطة بالأفراد الذين ينوي المرشد النفسي تقديم الخدمات لهم.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هو الشي المهم لك لصياغة منهجك الشخصي للإرشاد النفسي ؟

2- ما الذي يثيرك بشأن الإرشاد النفسي متعدد الثقافات ؟

3- ما رأيك فيما يتعلق بقضايا التنوع مثل التوجه الجنسي؟

4- ما هي الخطوط الإرشادية التي تتبعها فيما يتعلق بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات؟

الفصل 7

النظريات الكلاسيكية لفرويد ، وأدلر، وينج

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم وصفاً لثلاث نظريات كلاسيكية قديمة ، وهى لفرويد، أدلر، وينج، و يغطى الموضوعات التالية:

- كيف تكون مرشداً نفسياً محترفاً، بما فى ذلك الدراسة الرسمية، والانتساب المهنى، والاشتراك المهنى.
- فن وعلم النظريات الكلاسيكية الثلاث.
- المناهج الإرشادية الموجزة للنظريات الكلاسيكية الثلاث .
- قضايا التنوع للنظريات الكلاسيكية .
- نظريات فرويد ، وأدلر ، وينج للإرشاد النفسى والعلاج النفسى .
- القضايا المعاصرة التى تتعلق بالنظريات الكلاسيكية الثلاث .
- معلومات تتعلق بالنظريات الثلاث.
- نظريات فرويد ، و أدلر ، وينج للشخصية.

فن وعلم النظريات الكلاسيكية

THE ART AND SCIENCE OF EXPERIENTIAL COUNSELING

إن فن الإرشاد النفسي مدين كثيراً للنظريات الكلاسيكية. لقد كان فرويد أحد الأطباء المعالجين الأوائل الذين استمعوا حقيقة الى قصص المسترشدون، استخدموا أساليباً ابتكارية مثل الأحلام لاكتشاف المجال اللاشعوري، وقدم نظريات في السلوك.أما سيكولوجية آدلر، فقد أضافت بعداً آخر لفن الإرشاد النفسي.لقد أشار أدلر الى مركز أو جوهر على أنه الذات المبدعة، ويؤكد على القوة الإبداعية في التعامل مع العالم. أما نظرية ينج، فهى أكثر نظريات الإرشاد تميزاً من حيث الفائدة التي قدمتها لعلم فن الإرشاد النفسي. لقد كان ينج حساساً جداً، حيث كيف منهجه لإشباع حاجات المسترشد، على سبيل المثال، وجد ينج من خلال تصوير دراسة إشارات مسترشدونه الذهانيين أن بإمكانه محاولة فهم ما يريدون قولة أو توصيلة (Douglas, 2008).

بالإضافة الى ذلك استخدم ينج بشكل متكرر صوراً مختلفة ضمن الفنون الإبداعية مثل جعل المسترشد يرسم صورة من الخيال لتقديم وسائل إضافية للتحليل (Douglas, 2008) أيضا تُقدِمُ النظريات الكلاسيكية أساساً قوياً لعلم الإرشاد النفسي، فقد لعبت دوراً تكميلياً في تطور العلاجات

النفسية المعاصرة، حيث إن بعض المفاهيم الصادرة عن النظريات الكلاسيكية يستخدمها بشكل طبيعي المعالجون بما في ذلك (الشعور ، اللاشعور، آليات الدفاع، أهمية خبرات الحياة المبكرة لنمو الشخصية، المساعدة العلاجية، أسلوب الحياة، والعلاقة بين الكل والتوازن النفسي والعلاج الذاتى.لقد أجرى العديد من الباحثين بحوثاً كثيرة في ضوء النظريات الكلاسيكية. فقد قام هينرى ورفاقه (1994) بمراجعة البحوث التي أجريت على نظرية فرويد، وتبين لهم أن البحوث المعاصرة موجهة نحو اكتساب فهم أفضل عن العلاقة التحولية، التفسير، والمساعدة العلاجية، أيضاً، البناءات النظرية في نظرية أدلر لاقت اهتماماً مستمراً (مثلاً: الترتيب الولادي، وأسلوب الحياة (Zajonc & Mullay, 1997; Stoltz & Kern , 2007).

أما اتجاهات البحوث الحديثة في سيكولوجية ينج، فتشتمل على تطبيق مبادئ ينج على تحليل الأطفال، أعمال الجسم، والعلاج بالفن (Douglas, 2008). كما أوضحنا في الفصل السادس، فإن الاتجاه في الإرشاد النفسي موجه نحو استخدام الاتجاه متعدد الثقافات لدمج قضايا التنوع. فمن المهم على وجه الخصوص – التفكير في النظريات الكلاسيكية من الاتجاه متعدد الثقافات لان بعض مفاهيمها أصبح قديماً ولا يتماشى مع القيم والمعتقدات المعاصرة. إن فن وعلم النظريات الكلاسيكية ينطويان على تعديل هذه النظريات – إذا لازم الأمر – مع نتائج البحوث متعددة الثقافات والحفاظ على الاهتمام بالحاجات الظاهرة للمسترشد.

استعراض لفرويد، وأدلر، وينج AN OVERVIEW OF FREUD , ADLER, AND JUNG

لقد وضعت النظريات السيكولوجية الكلاسيكية لكل من سيجموند فرويد، ألفريد آدلر، وكارل ينج الأساس للممارسة الكلينيكية الحديثة. لقد تجاوز تأثيرها مجال علم النفس، كما أن لاكتشافاتها تأثيرات هامة على الفنون، والتربية، وممارسات تربية الطفل، والعديد من مظاهر الحياة اليومية الأخرى. لقد خطي مفهوم تفسير الأحلام لفرويد الذي نشرت عام 1900- على اهتمام أدلروينج. لقد كان أدلر وينج زملاء لفرويد، وأصبحوا جميعاً هم الرموز الأساسية في اتجاه التحليل النفسي. وفى النهاية أختلف أدلر وينج مع فرويد بسبب تأكيده الزائد عن الحد على دور الجنس في نمو الشخصية. ومن ثم، قام كل منهما بإعداد نظريته النفسية الخاصة. هناك تشابه كبير بين النظريات الكلاسيكية الثلاث، حيث إن كل منها يؤكد على أهمية الخبرات الحياتية المبكرة في نمو الشخصية، إن كل منهم ينظر الى الوعي على أنه شرط هام في التغيير. يمكن اعتماد مدارس علم النفس لكل من فرويد، أدلر، وينج، " والمدارس الكلاسيكية " لان كلاً منها قد طورت نظريتها الشاملة عن الشخصية، ومنهجها الخاص في العلاج النفسي. يمكن استخدام هذه النظريات كنظريات رئيسية يمكن من خلالها للمرء أن يطور منهجاً إرشادياً دمجياً.

جدول (16) يقدم استعراضاً لهذه النظريات الثلاث. الجزء التالي يقدم استعراضاً للنظريات الثلاث، بما في ذلك معلومات عن صاحب النظرية ومعلومات عن نظرية الشخصية، ونظريته عن

الإرشاد النفسي والعلاج النفسي. ويختتم الفصل بالحديث عن قضايا التنوع والإرشاد الموجز من وجهة نظر الكلاسيكية.

جدول (16) فرويد، أدلر، وينج

النظرية	المفاهيم الأساسية	العملية الإرشادية	الأساليب
التحليل النفسي لفرويد	الصراعات النفسية الداخلية بسبب الهو، الأنا، والأنا الأعلى، الآليات الدفاعية، الشعور، اللاشعور، تأثير والخبرات المؤلمة في الطفولة على نمو الشخصية.	لها هدف رئيسي التخلص من الصراعات النفسية الداخلية لإعادة بناء الشخصية إذا لزم الأمر.	تحليل الأحلام، والتداعي الحر، حيث يمكن استخدامها واستكشاف العمليات اللاشعورية، التنويم المغناطيسي، والتفسير، تحليل المقاومة.
علم النفس الفردي لأدلر	الذات الإبداعية، السلوك كهدف موجه وله غرض، الاهتمام الاجتماعي، النضال من أجل التفوق ، اسلوب الحياة، النقص العضوي	ذات وجهة تعليمية تقدم تعليمات، تقود، وتحاول تشجيع المسترشدين المحبطين	تحليل أسلوب الحياة كأسلوب للتقييم، لعب الدور، الضغوط على الأزرار
علم النفس التحليلي لينج	اللاشعور التجميعي، النماذج الأصلية، أنماط الشخصية	تستكشف العمليات اللاشعورية لمساعدة الذات على الظهور ومن ثم يصبح المسترشد حرا للتحرك نحو الإدراك الذاتي.	تحليل العلاقات المتبادلة، المتداخلة للعديد من الأحلام بحثا عن محتواها الرمزي المؤثرات على العديد من نظم الشخصية

نظرية التحليل النفسي لفرويد Freud's psychoanalytic theory

المعلومات الأساسية Background Information

ولد سيجمون فرويد (1939-1856) في فريبرج، مورافيا، وهي مدينة في جمهورية التشيك. لقد كان فرويد هو الابن الأكبر لثمانية أطفال وانتقل مع أسرته إلي فينا عندما بلغ من العمر أربعة أعوام.

حصل فرويد عن درجة الطب في عام 1881 من جامعة فينا، وبعد التخرج، ذهب إلي باريس ليدرس مع جين – مارتن تشاركوت الذي كان مشهورا بأعماله في التنويم المغناطيسي لعلاج الهستريا. ثم عاد فرويد بعد ذلك إلي فينا وتزوج من مارثا بيرنايز، وأنجب منها ستة أطفال، أصغرهم كانت أناّ التي أصبحت بعد ذلك محلل للأطفال ذات شهرة واسعة.

في عام 1882، بدأ فرويد ممارسة خاصة في الطب، وتخصص في البداية في الأمراض العصبية. بعد ذلك، وسّع ممارسته إلي ما يُعرف الآن بالطب النفسي. عند هذه النقطة من حياته العملية، أصبح فرويد مهتماً بما يعرف (العلاج بالحديث) الذي طوره الطبيب جوسيف برور. اعتقد برور بأنه يمكن مساعدة المسترشد من خلال مجرد الحديث عن مشكلته. هذا المفهوم أسهم في أسلوب التداعي الحر لدي فرويد، كما أنه جزء هام في تطّور مهنة الإرشاد النفسي.

أما الفترة الأكثر إبداعية في حياة فرويد فقد كانت هي الفترة التي مر خلالها بمشكلات وجدانية خطيرة، حيث أبتلي بالاضطرابات السيكوسوماتية والمخاوف المرضية مثل الخوف الشديد من الموت. ففي بعض الأوقات. كان يخاف حتى من المرور في الشارع. أثناء هذه الفترة، انخرط فرويد في تحليل ذاتي مكثف من خلال دراسة أحلامه. التبصرات (الاستبصارات) التي اكتسبها فرويد من تحليلاته الذاتية أصبح لها تأثير قوي على نمو نظريته وتطورها مثل عقدة أوديب. فقد تذكر أنه كطفل، كان يكن العدائية لوالده الذي كان ينظر إليه على أنه مستبد، وعلي الجانب الآخر، كان لدي فرويد مشاعر جنسية نحو أمه، التي كان يحبها، وينجذب إليها.

ليصل فرويد الي الشهرة والمجد، كان عليه أن يتحلي بالمثابرة، والقدرة على تحمل النقد. وعندما طوّر نظريته الثورية، قوبل في البداية بالازدراء والسخرية من كل مكان في أرجاء المجتمع الأكاديمي والعلمي. ظل فرويد يعمل وحده لمدة 18 ساعة في اليوم، وأخيراً مع نشر كتابه تفسير الأحلام عام 1900، حظي فرويد مرة أخرى باحترام الجميع. بعد ذلك بقليل، عاد فرويد مرة أخرى الي المجتمع الأكاديمي العقلي، كان ينظر إليه نظرة إجلال وتقدير في السنوات الأخيرة، انصب تركيز فرويد على صحته الشخصية، لقد كان لولعه بالسيجار أثر بالغ في الإسهام في نمو سرطان الفك أثناء العشرين عاماً الأخيرة من حياته، خضع لألم دائم، وأجريت له أكثر من 33 عملية، ومع ذلك، كان قادراً على الحفاظ على حياة عملية نشطة. يذكر هول و ليندزي (1978) أن فرويد كان الكاتب الأكثر إنتاجية – فقد ملأت أعماله 24 مجلداً. كما أن أعماله ظهرت من وجهة نظر أدبية واسعة الإطلاع، حيث كان لأسلوبه في الكتابة أثر كبير على شعبية أفكاره

سيجموند فرويد

نظرية الشخصية Theory of personality

إن نظرية فرويد التي أعدها بشكل جيد عن الشخصية تقدم معلومات عن كيفية ظهور السلوك من خلال الهو، والأنا، والأنا الأعلى، والشعوري مقابل اللاشعوري، الآليات الدفاعية، والبناءات النفسية الأخرى.

وجهة النظر عن الطبيعة البشرية VEIW OF HUMAN NATURE

لقد كان لفرويد وجهه نظر حتمية عن الطبيعة البشرية. فقد كان على قناعة من أن السلوك موجّه بالدوافع البيولوجية اللاشعورية، والتي تنطوي على الجنس والعدوانية والخبرات النفسية – الجنسية أثناء السنوات الست الأولى من حياة الفرد.

المفاهيم الأساسية Key Concepts. تتميز نظرية فرويد عن الشخصية بالعديد من المفاهيم الأساسية (strachey,1953-1974). بعض هذه المفاهيم هي بنية الشخصية، والصراعات النفسية الداخلية، والآليات الدفاعية، الشعوري مقابل للاشعوري، المراحل النفسية – الجنسية للنمو. هذه المفاهيم التي وصفها فرويد (strachey , 1953-1974) هي:

بنية الشخصية The structure of the Personality. من وجهة نظر فرويد، فإن الشخصية تتألف من ثلاثة أنظمة ذاتية، مستقلة، وهي: الهو، الأنا، والأنا الأعلى الهو هو النظام الأصلي للشخصية، والذي يظهر منه الأنا والأنا الأعلى (Hall&lindzoy, 1978). فهي الذخيرة أو المستودع للطاقة النفسية، حيث تزود النظامين الآخرين بالطاقة. يمكن اعتبار الهوية (الهذا) "جانب المتعة" في الشخصية (Hall,1954). فالهو مدفوع بمبدأ المتعة، والتي تحاول الحد من التوتر من خلال إشباع الدوافع الجنسية والعدوانية.

أما الأنا الأعلى، فهي الطرف الآخر للشخصية، يمكن اعتباره "الجانب القضائي"، حيث يتعلق بالقضايا الأخلاقية، ويحدد ما هو صواب، وما هو خطأ (Hall, 1954). كما أنه يمثل قيم وأفكار

المجتمع، والتي تنتقل من الوالدين إلى الأطفال. إن للأنا الأعلى ثلاثة أغراض: كبح دوافع الهو، وتغيير توجه الأنا من الواقعية إلي الأخلاقية، وتشجيع الشخصية على السعي نحو الكمال.

أما الأنا، فيعتبر "الجانب التنفيذي" للشخصية (Hall,1954)، حيث "يُحكم بمبدأ الواقعية، الذي يحاول أن يمارس التأثير الواقعي على الهو، والأنا الأعلى.

الصراعات النفسية الداخلية: الصراع النفسي الداخلي عبارة عن صراع داخل النفس. هذه الصراعات تنتج من تفاعل الأجزاء الثلاثة للشخصية: الهو، الأنا، والأنا الأعلى وفقا لفرويد، هناك كثير من "الطاقة النفسية" فقط متاحة للأجزاء الثلاثة للشخصية. لذا، فإن هذا الأجزاء الثلاثة في تنافس دائم من أجل هذه الطاقة لكي تهيمن على الشخصية. أثناء منافسة الأجزاء الثلاثة للشخصية من أجل الطاقة النفسية، فإنها تخلق صراعات داخل النفس، يُطلق عليها الصراعات النفسية الداخلية، والتي توجد القلق. يمكن للكائن الحي أن يحاول تلطيف أو تسكين هذه الصراعات من خلال ما يُسمي بآليات الدفاع. تنطوي الصراعات النفسية الداخلية على الهو، الأنا، والأنا الأعلى (أو كلاً من الهو والأنا الأعلى) وفيما يلي أمثلة للصراعات النفسية الداخلية :

- الهو مقابل الأنا: (الهو) أنا أريد أن أغتصب أو أقتل "،
- (الأنا) " لو قتلت فسوف تدخل السجن".
- الهو مقابل الأنا الأعلى والأنا : (الهو) "أريد أن أغتصب أو أقتل" (الأنا الأعلى:) "لا يجب أن تفعل، فهذا خطأ وحرام" (الأنا:) " سوف تدخل السجن".
- الأنا مقابل الأنا الأعلى: (الأنا:)" أريد أن أختلي بالفتاة التي أحبها". (الأنا الأعلى:) "لا تفعل لأن من الحرام أن يحدث هذا إلا بعد الزواج".

الحيل (الآليات) الدفاعية: مفهوم الحيل الدفاعية لدي فرويد أحد أهم إنجازاته النظرية. تنمو الآليات الدفاعية بشكل لا شعوري عندما يشعر الأنا بالتهديد نتيجة الصراع الداخلي. وعندما يحدث ذلك يمكن الاستفادة من آليات الدفاع كالإنكار، وتكذيب وتشويه الواقع، ومن ثم يمكن للأنا أن يواجه. إذا، دور المرشد النفسي يتمثل في تقوية الأنا لدى المسترشد للحد من ضغوط الصراعات النفسية الداخلية، والآليات الدفاعية الناتجة عنها. إن عملية التقوية هذه يمكن أن تنطوي على تدخلات تربوية نفسية، تُزود المسترشدون بالمعلومات التي يمكن أن يستخدموها ليأخذوا وصفاً واقعياً يتعلق بالضغوط في بيئتهم. من ميكانيزمات الدفاع: الإسقاط، التكوين العكسي، التثبيت، النكوص، والكبت.

الإسقاط: محاولة لعزو أفكار ومشاعر الفرد الي فرد آخر يتكون من اخفاء رغباتك ودوافعك غير المقبولة على الآخرين أو اسقاطها عليهم، على سبيل المثال، بدلاً من أن تقول انك تكره شخصاً ما، تقول "هذا الشخص يكرهني". في هذا المثال، يحدث الإسقاط لأن الأنا تهددها دوافع الهوالعدوانية. يمكن إذاً رؤية الإسقاط كمحاولة لجعل "الخطر خارجياً".

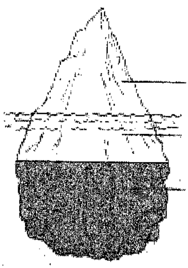
التكوين العكسي: طريقة للمواجهة من خلال ايجاد استجابة وجدانية شديدة عكس ما يشعر الإنسان في الحقيقة، وهذا ينتج عنه "تكذيب للحقيقة" على سبيل المثال، قد يكره المرء زوجته ويريد تطليقها وفي الوقت نفسه، قد يكون لديه شعور شديد بالندم لأنه يشعر بأن الطلاق خطأ أخلاقي. إذا أخبر المرء الآخرين عن جمال زوجته وروعتها وعن مدى حبه لها، فإن التكوني العكسي قد يكون فعال.

التثبيت: يمكن أن يحدث إذا أصبحت متطلبات الحياة تهديدية بشكل كبير، وفي محاولة منه لتجنب المسؤوليات الجديدة، فإن الفرد يمكنه أن يتجنب الزيادة، ويثبت أو يظل كما هو في مقدار نموه. عندما يحدث ذلك أثناء المراهقة، فإن شخصية الفرد تظل مثل شخصية المراهق بقية حياته.

النكوص: محاولة للمواجهة من خلال العودة للوراء الى مرحلة في نمو الفرد أقل تهديد. على سبيل المثال، الفرد الذي مر بفترة فشل في العمل قد يشعر بأن الحياة قد انتهت، وفي محاولة للمواجهة، قد يحاول الفرد الهروب من هذه المشاعر الخاصة بالفشل وذلك من خلال العودة للوراء الى مرحلة لم يكن يشعر بالتهديد خلالها. وعندما يحدث ذلك، فإن الفرد ربما يعيش دور الطفل لتجنب مسؤوليات الشخص الكبير.

الكبت: محاولة للمواجهة من خلال ايجاد استجابة التجنب. في الكبت، فإن الموقف الضاغط يندفع من بعد الوعي الى بعد اللاوعي.

الشعور مقابل اللاشعور: لقد كان فرويد أول من اشارت بُعد اللاشعور للنفس البشرية، حيث اعتقد فرويد بأن اللاشعور يحمل مفتاح فهم السلوك والمشكلات داخل الشخصية إذا، ليس بمستغرب أن معظم الأساليب المرتبطة بالتحليل النفسي (مثل التداعي الحر وتحليل الأحلام) تستخدم لاستكشاف عمليات اللاشعور. يمكن استخدام تشبيه الجبل الجليدي لفهم هذا العلاقة، كما هو واضح في الشكل (5)



الشكل (5) تشبيه الجبل الجليدي.

كما هو واضح من الشكل، معظم النفس تنطوي على عمليات اللاشعور أما بُعد الشعور، فيحتوي على المواد التي يكون الفرد على وعي بها ويمكنه استرجاعها تلقائياً. أما ما قبل الشعور، فيرتبط بالمواد التي يمكن تذكرها بجهد قليل (مثلاً: القدرة على تذكر شخص ما). أما اللاشعور الحقيقي، فيشتمل على تتبعات الذاكرة التي لا يكون الفرد على وعي بها (مثلاً: التجارب المؤلمة مثل زنا المحارم في الطفولة).

المراحل النفسية الجنسية للنمو: كان فرويد على قناعة بأن نمو الشخصية تحدده – الي حد كبير – خبرات الحياة الأولي المبكرة. تشير نظريته الي أن المشكلات في الشخصية يمكن أن تحدث إذا مر الطفل بتجربة مؤلمة أو إذا لم يتم إشباع حاجات الطفل. عندما يحدث ذلك، فإن الفرد يمكن أن يحاول تحقيق الإشباع غير المباشر من خلال الإزاحة أو إعادة التوازن. فالإحلال أو الإزاحة عبارة عن إشباع غير مباشر، مثل الطفل الذي يمص إصبعه عندما لا يسمح له بالأكل. أيضاً التسامي إشباع غير مباشر، إلا أنه ينتج عنه بعض أشكال التميز الاجتماعي من أمثلة التسامي، شخص محبط جنسياً، يقوم بعمل رسم جميل شاعري.

لقد كان فرويد من أوائل المنظرين لتحديد مراحل للنمو يتقدم من خلالها الفرد، وأطلق عليها المراحل النفسية – الجنسية، حيث يؤكد على دور الجنس في عملية النمو، وقسّم هذه المراحل الي ثلاثة فترات هي: ما قبل التناسلية، وتستمر الي سن السادسة، وفترة الكمون وتمتد من سن السادسة الي المراهقة، والفترة التناسلية، والتي تستمر الي بقية حياة الفرد.

تتكون الفترة ما قبل التناسلية من المراحل الفمية، الشرجية، والقضيبية. يعتقد فرويد أن المرحلة الفمية تحدث أثناء الأشهر الثمانية عشر الأولي من الحياة، ويُطلق على هذه المرحلة "الفمية" لأن الطفل ينشغل بالأعمال الفمية (مثلاً : مص صدر الأم، واستكشاف الأشياء بوضعها في الفم). إن المشكلات التي تحدث أثناء هذه المرحلة (عدم إشباع الحاجات الفمية) يمكن أن ينتج عنها أن ينمي الشخص شخصية فمية أثناء الشباب. ومن أمثلة إزاحة الحاجات الفمية الكامنة قيام الشاب بقضم أظافره. إن العمل كمعلم أو خطيب يمكن أن يكون نتيجة للتسامي الحاجات الفمية.

أما المرحلة الشرجية، فتحدث من الشهر الثامن عشر الي العام الثالث هذه المرحلة تؤكد على تأثير التدريب على التواليت في نمو الشخصية. المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء المرحلة الشرجية ربما ينتج عنها الشخصية استخدام الحمام أو الشخصية المتحفظة. الشخصية الانفجارية نوع عدواني من الأشخاص، هذا النوع يمكن أن ينتج من استخدام الطفل للحمام في أوقات كثيرة كوسيلة للفت انتباه الوالدين. هذا النوع من الشخصيات يمكن أن ينمي مهارات المصارعة أو كرة القدم كشكل من أشكال التسامي أو التنفيس.

أما الشخصية المتحفظة، فمن الممكن أن تنتج من استخدام الوالد عقاب شديد عندما يقع للطفل "حادث" من قبيل الخوف، يمكن أن ينمي الطفل نموذجاً من عدم الذهاب إلى الحمام وبالتالي الاحتفاظ/ بما لديه وعدم اخراجه من أمثلة التسامي للشخصية المتحفظة الشخص الذي لديه القدرة على ادخار الأموال.

أما المرحلة القضيبية، فتحدث بين سن الثالثة والسادسة وفقاً لفرويد، هي الفترة التي يكون فيها الأطفال الذكور مهتمين جنسياً بالأم (عقدة أوديب)، الإناث يصبحن مهتمات بالأب (عقدة إلكترا)، في النهاية يقوم الطفل الذكر بحل عقدة أوديب وذلك نتيجة لخوفه من أن الأب نتيجة لمشاعره تجاه الأم. يمكن أن تحدث المشكلات إذا كان لدي الأب الغيرة، وهدد بإلحاق الأذى بابنه، إذا لم يتوقف الولد عن " مضايقة الأم "، وهو تهديد يمكن أن يجعل خوف الإبن من الإخصاء حاداً. وفقاً لفرويد، فإن هذا الخوف يمكن أن يكبح أفكار الجنس الآخر في المستقبل، ويعزز الميول للجنس نفسه. على عكس الذكر، فإن الأنثى ليس لديها وسيلة دراماتيكية لحل عقدة إلكترا لديها، مثل الخوف من الإخصاء. بدلاً من ذلك، فإنها قد تتخلص من مشاعرها الجنسية من خلال ردة الفعل تجاه المعيقات الواقعية الموجودة لكبح العلاقات الجنسية. يمكن أن تحدث المشكلة أثناء هذه المرحلة إذا شعرت البنت بالرفض العاطفي من والدها، وقد يتسبب هذا في أن تتجنب البنت العلاقات مع الذكور في المستقبل. وعلي الجانب الآخر، إذا سُمح لعلاقة الجنسية ان تحدث، فإن الطفلة قد تمر بتجريب بصعوبات شديدة في شخصيتها، مثل انخفاض احترام الذات وربما الاختلاط الجنسي غير الشرعي.

فترة الكمون: تلك الفترة التي تحدث بين سن السادسة والثانية عشر، وهي فترة الهدوء النسبي. فالطفل ينشأ مع اضطراب الفترة ما قبل التناسلية، تكون ابنية الشخصية الأساسية (الهو الانا، الأنا الأعلى) قد تشكلت قريباً. أثناء هذه الفترة، ينمي الطفل اهتمامات جديدة لتحل محل الدوافع الجنسية الطفولية. تبدأ التنشئة الاجتماعية خارج الأسرة والعلاقات الخارجية مع الآخرين وتستمر حتى بداية البلوغ. يتسامى الفرد ويتوجه بدوافعه الجنسية، الأنشطة المدرسية وتطوير الهوايات والصداقات مع نفس الجنس يمكن أن تحدث المشكلات أثناء هذه الفترة إذا لم يشجع الوالدين اهتمامات الطفل في تحقيق علاقات اجتماعية ايجابية. ونتيجة لذلك، قد لا يكون الطفل قادراً على تنمية المهارات الاجتماعية الضرورية الناجحة للعلاقات مع الآخرين.

أما الفترة التناسلية، فتبدأ عند البلوغ وتستمر بقية الحياة إن تركيز هذه الفترة منصب على العلاقة مع الجنس الآخر، تلك العلاقة التي تؤدي إلى العيش بمودة. يمكن أن تحدث المشكلات أثناء هذه الفترة للأشخاص الذين لا يُشجعوا على الاهتمام الاجتماعي، أو الذين بدءوا العلاقات الجنسية قبل الاستعداد العاطفي للتعامل مع هذه العلاقة.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and psychotherapy

يُطلق على منهج فرويد للإرشاد النفسي والعلاج النفسي التحليل النفسي ويؤكد على تحليل العقل. وهذا المنهج مستهلك للوقت، حيث ينطوي على أربع جلسات أسبوعية، مدة الجلسة ساعة، ويستمر لعدة سنوات (Arlow, 2005).

الهدف الرئيسي للتحليل النفسي هو إعادة بناء الشخصية من خلال تحليل الصراعات النفسية الداخلية. تنطوي العملية الفعلية للتحليل النفسي التقليدي على أن ينام المسترشد على أريكة، ويقوم

بعملية التداعي الحر، حيث يقول كل ما يطرأ يخطر. يجلس المحلل النفسي بعيداً عن نظر المسترشد خلف الأريكة، ويستمع، ويتصرف بأسلوب غير ناقد. يصف آرلو (2005) أربعة مراحل للتحليل النفسي : المرحلة الافتتاحية، نمو التحول، العمل خلال، وحل التحول.

المرحلة الافتتاحية: أثناء هذه المرحلة، يحصل المحلل (المعالج) على التاريخ المرضي للمسترشد، وابراز الأحداث التاريخية في حياته وبالتدريج، وقد تستغرق فترة مقدارها 3-6 أشهر، يحصل المحلل على فهم واسع عن الصراعات اللاشعورية للمسترشد.

نمو التحوّل: أثناء هذه المرحلة، يبدأ المسترشد في المرور بعلاقة التحوّل مع المحلل النفسي والتي تنطوي على إسقاط الأفكار والمشاعر، المرتبطة بالآخرين ذوي الأهمية مثل الأب، أو الأم على المحلل. يتم التشجيع على التحوّل أثناء التحليل النفسي، حيث إنه يلعب دوراً رئيسياً في جلب الصراعات المكبوتة (تلك الصراعات التي تنشأ في الطفولة) إلى السطح بحيث يمكن العمل خلالها التخلص منها خلال العلاقة العلاجية نتيجة لما يتوفر بها من امن ودعم. إن تحليل التحوّل يعتبر حجر الزاوية في عملية التحليل النفسي، حيث إنه يزوّد المسترشد بالتبصر في كيفية أوجدت العلاقات والخبرات الماضية المشكلات في الحاضر. كما أن تحليل التحوّل يساعد على تعلم آلية استخدام التبصر لاتخاذ قرارات ناضجة، ومناسبة تتعلق بالعلاقات الحالية.

من الممكن أن يحدث التحّويل العكسي في العلاج النفسي، وذلك عندما يبدأ المحللون بشكل لا شعوري برؤية خصائص لدى المسترشد تذكرهم بشخص من ماضيهم. يمكن أن يتداخل التحويل العكسي مع موضوعية المحلل ويفسد العملية العلاجية. عندما يحدث ذلك، قد يحتاج المحلل لمن يساعده للتخلص من هذه الميول.

العمل خلال: هذه المرحلة استكمال للمرحلة السابقة، وتنطوي على تحليل إضافي للتحوّل، يهدف الى توليد تبصرات عميقة ودمج ما يمكن تعلمه من هذه التبصرات.

انهاء التحوّل: في المرحلة الأخيرة من العلاج النفسي، يعمل المحلل والمسترشد باتجاه الإنهاء، وهذا قد يقود الى المقاومة وقد تبرز الحاجة إلى العمل من قبل المعالج على مشكلة المقاومة فيما يتعلق بالإنهاء أو إعداد المسترشد للعمل بشكل مستقل متى تمت عملية الإنهاء.

الأساليب Techniques

طور فرويد العديد من الأساليب ليستخدمها التحليل النفسي (Strachey, -1953-1974)، وهذه الأساليب تهدف أساساً إلى جعل اللاشعور شعوراً. فيما يأتي تعرض لقائمة تصف لبعض الأساليب شائعة الاستخدام:

التداعي الحر : وهو الأسلوب الأساسي في التحليل النفسي. كما أوضحنا سابقاً، فإنه يستخدم خلال العملية الإرشادية. التداعي الحر يشجع المسترشد على مناقشة كل ما يخطر ببالة، ومن خلال ذلك يتغلب على نزعاته أو ميوله لكتابة او مراقبة المعلومات.

تحليل الأحلام: أسلوب طوره فرويد كوسيلة لاستكشاف عمليات اللاشعور. وهو وسيلة هامة تعطي المسترشد تبصر لبعض مشكلات الحياة التي لم تحل بعد. ويرى فرويد أن الأحلام طريق مباشر إلى عالم اللاشعور ومن خلالها يعبر الفرد عن الرغبات والحاجات والمخاوف اللاشعورية. أن عناصر الأحلام تحتوى على معنى رمزي.

المقابلة والتوضيح: وهي إجراءات تغذية راجعة لمساعدة المسترشد على الوعى بما يحدث وتحتاج الى تحليل آخر (Prochaska, 1984).

التفسير: وينطوى على تقديم المرشد تبصرات للمسترشد تتعلق بالصراعات الداخلية التي تظهر في المقاومة، التحول، والعمليات الأخرى ويعتبر التفسير تغذية راجعة للمسترشد إضافة إلى أنه يفسر أسباب الصراعات والسلوكات ومعناها فالتفسير عملية تدريجية بطيئة، هدفها تحقيق الاستبصار الذي يأتي به التفسير للمقاومة والتحويل.

القضايا المعاصرة Contemporary Issues

سيكولوجية فرويد المعاصرة تعكس تغيرات وتعديلات عديدة عن النظرية الأصلية لفرويد. تم ايجاد هذه التغيرات بشكل رئيسى كاستجابة لعدد من الانتقادات المبالغة في التأكيد على دور الجنس في نمو الشخصية،والوقت الزائد المطلوب لإتمام التحليل النفسي، وطبيعة العلاقة العلاجية. وهناك العديد من التوجهات الحديثة في التحليل النفسي والتي يصفها ستروب (1992) :

1- تحويل دور المحلل من الوضع المنفصل، المجهول، الفرويدى الكلاسيكى إلى نموذج تفاعلى أكثر انسانية يرتبط بالبدائل العلاجية.

2- لم يعد هنالك تأكيد على دور عقده أوديب في الأمراض النفسية، حيث تلعب المراحل النمائية المبكرة الدور الرئيسي في الخلل الوظيفي النفسي.

3- تحويل الاعتبارات العلاجية من الحالات العصابية مثل اضطرابات الوسواس القهرى والفوبيا الى علاج اضطرابات الشخصية.

4- تم إعادة صياغة مفاهيم التحول التحويل العكسي (المضاد) من حيث النظرية العلائقية التي تؤكد على جودة العلاقة الإرشادية الثنائية. ضمن هذا السياق، يسهم المرشد النفسي والمسترشد بشكل مستمر في عمليتى التحول والتحول المضاد كنتيجة طبيعية لعلاقتهما المستمرة، لذا، فإن المضامين السالبة للتحول والتحويل المضاد تستبدل بوجهة نظر قوية وموجبة عن كيفية تقديم العلاقة الإرشادية الفرص للاستبصار والتحليل. ويضيف ستروب (1992) اتجاهات أخرى عديدة في التحليل النفسي هي أهمية إدراك العلاقات مع الآخرين بالنسبة للصحة النفسية، وإعادة تقييم دور الأنا في الأداء النفسي، الاتجاه نحو التحليل النفسي ذي الوقت المحدد. ويرى لوبرسكاي ورفاقه (2008) ان المحللين النفسيين المعاصرين يدمجون نتائج البحوث من اتجاهات نظرية متعددة، مثل علم النفس المعرفي، نظرية الارتباط،نظرية المساواة بين المرأة والرجل، والعلوم العصبية.

المنظور العلائقي: يشير المنظور العلائقي إلى أن نظرية التحليل النفسي تبالغ في التأكيد على القوى النفسية الداخلية (مثل الصراعات الداخلية)، ولا تعترف بأهمية القوى البيئية (مثل فاعلية العلاقات مع الآخرين)، العلاج النفسي العلاقاتي شكل بارز من أشكال العلاج النفسي يقوم على أعمال هارى ستاك سوليفان (1968)وزملاءه (A dolph mayor,1957, John Bowlby,1973). فهو يدرك تأثير التجارب الأولى في الحياة (مثل درجة تعلق الطفل - الوالد) على طبيعة ومستوى فاعلية العلاقات مع الآخرين في حياة الفرد بعد ذلك اضافة إلى إمكانية تأثر الاكتئاب لدى الفرد بمستوى وطبيعة علاقته مع الآخرين (prochaska&Nocross,2005).

تقترح النظرية البينشخصية أن الناس مدفوعون بالقلق البينشخصي لتجنب الرفض والحفاظ على تقدير الذات (Schwartz & waldo , 2003) السابقة، عادة في أسرة المنشأ "(Schwartz & wal-do , 2003,P.105) العلاج النفسي العلاقاتي منهج ليس مستهلك للوقت، ويركز على تعزيز المهارات الاجتماعية وتحسين العلاقات مع الآخرين prochaska&Nocross,2002) وتتحدد فاعلية العلاج النفسي البينشخصي في ضوء ردود الفعل نحو الآخرين بناءً على الخبرات السابقة التي اكتسبوها في أسرهم.

نظرية تحليل الأنا : نظرية تحليل الأنا تدمج النظريات المرتبطة بسيكولوجية الأنا ونظرية العلائقية. ترتبط سيكولوجية الأنا بعمل ايركسون (1950) ورابابورت (1958) من وتتمثل نقل التركيز من الهو إلي الأنا كقوة دافعة أساسية الشخصية (prochaska&Nocross,2002). ينظر إلي الأنا - من خلال هذا الدور الجديد على أنه قادر على الأداء بشكل مستقل عن في محاولة التكيف مع الواقع، والتحكم في البيئة (prochaska&Nocross,2002). أما النظرية العلائقية. والتي افترضها كيرنبرج (1976)، كوهت (1971) - فتؤكد على الذات والأشياء (الآخرين) كقوة منظمة أساسية في أداء الشخصية (prochaska&Nocross,2002). علاقات الأشياء (الآخرين) وبناءات نفسية داخلية تقوم على التمثيلات العقلية للذات وللآخرين (prochaska&Nocross,2002)

ويحدد بيكر (1985) الخصائص الستة التالية لنظرية تحليل الأنا :

1 - التأكيد على العوامل اللاغريزية.

2- يُعرف الأنا كبناء ذاتي مستقل يعمل بشكل مستقل عن الهو.

3- تم توسيع وظيفة الأنا ليشتمل على دور التكيف للبيئة من خلال تطوير مهارات المواجهة وإتقانها.

4- يتم التأكيد على المتغيرات المرتبطة بالأشخاص والعوامل النفسية الإجتماعية أكثر من المتغيرات الغريزية البيولوجية.

5- تعتبر المراحل النمائية التي تحدث بعد البلوغ بنفس أهمية المراحل التي تحدث قبل البلوغ.

6- الأمراض النفسية تحدث نتيجة لعدم إشباع الحاجات المرتبطة بالمتطلبات النمائية والقوى الأخرى التي قد تسبب قصوراً في بناء الشخصية لدى الفرد.

مناهج فرويد الموجزة للإرشاد النفسي

Freudian Brief Approaches to Counseling

مع ظهور الرعاية المضبوطة فإن التحليل النفسي طويل المدى ذو النهاية المفتوحة يعتبر بمثابة النزهة أو وسيلة ترفية وإسراف لدرجة أن قليل من الأفراد وشركات التأمين الصحي هي التي تتحمل إجراءاته وتكاليفه (strpp,1992) لذا، فإن كل أشكال العلاج النفسي (بما فيها التحليل النفسي) تقع تحت ضغوط كبيرة للتركيز على علاج اضطرابات نفسية معينة ضمن إطار عدد محدود من الجلسات (strpp,1992).

ظهر العلاج النفسي السيكودينامي الموجز كبديل للتحليل النفسي الكلاسيكي، ومن بين المناهج السيكودينامية الموجزة: العلاج النفسي المركز لمالان (1980) والعلاج النفسي محدود الزمن لمان (1973,1981)، والعلاج النفسي الديناميكي قصير المدى لدافانلو (1978,1984). يذكر جارسك ومولتيني (1985) أن كل المناهج السيكودينامية الموجزة تشترك في العديد من الخصائص فكلها تقوم على نظرية التحليل النفسي، ولها فعالية متشابهة، وتعدل من إجراءات التحليل النفسي لاستخدامها في صيغة موجزة.

إن هدف العلاج النفسي السيكودينامي هو انخفاض مستوى حدوث الأعراض، لإظهار التغيرات اللازمة في شخصية المسترشد (Garsko&molteni, 1985). يميل عدد الجلسات المطلوبة في العلاج النفسي السيكودينامي الموجز الي أن تكون محدودة (12 جلسة) ويعتمد على طبيعة مشكلة المسترشد ونوع العلاج النفسي المستخدم (Garsko&molteni , 1985) ينطوي النموذج محدودة الزمن لمان (1973) على جلسات تتراوح ما بين 1-12 جلسة - أما المنهج الديناميكي قصير المدى لدافانلو (1978,1984)، فينوع عدد الجلسات من 2-5-6-15 -16-25-26-40 جلسة، بناء على طبيعة مشكلة المسترشد. وقد حدد جارسك و مولتيني (1985) العوامل الستة التالية باعتبارها تساعد على حدوث التغيير في العلاج النفسي السيكودينامي الموجز وبالتالي زيادة فعاليته:

1- يتم عمل عقد مع المسترشد، يشتمل على وصف لمشكلة المسترشد من وجهة نظر التحليل النفسي.

2- يتم وضع الأهداف، مع تحديد مدة زمنية تجري خلالها الجلسات .

3- يأخذ المحلل النفسي منهجاً نشطاً، يوضح ويواجه مقاومة المسترشد.

4- يفسر المحلل العلاقات بين المشكلات الحالية لدى المسترشد والعلاقة مع المحلل والآخرين، وصراعات الماضي.

5- سمة العلاج النفسي محدود الزمن تستثير قضايا ترتبط بالاستقلالية الذاتية داخل المسترشد.

6- تتسم مرحلة الإنهاء للعلاج النفسي بالعمل على حل المشكلات المرتبطة بالاستقلالية الذاتية.

حاولت البحوث تحديد العوامل التي تسهم في فعالية العلاج النفسي السيكوديناميكي الموجز. وجد نيرجارد و سيلبر تشانز أن الدرجات المرتفعة على مقايس الخجل والاحساس بالذنب (خصوصا الإحساس بالذنب)، قد ارتبطت بالنواتج الموجبة للعلاج النفسي. يذكر ميلز ورفاقه (1989) أن ردود الفعل التحولية ينبغي مراعاتها بسرعة بواسطة المعالج النفسي ليصل بفعاليتها وتأثيرها الي أقصى درجة ممكنة. وقد قام جولد فريد ورفاقه (1990) بمراجعة الأدبيات عن العلاج النفسي السيكوديناميكي الموجز، وذكروا أن هذا المنهج كان مؤثرا وفعالا في علاج اضطرابات الضغوط والحرمان (marmar & Horowitz,1988) اكتئاب السواد الانتكاسي (Thompsan et al , 1987)، واضطرابات التكّيف، أو الانفعال الاضطرابات، الشخصية (Marzali, 1984)، بالإضافة الي ذلك، وجد بارت ورفاقه (1988) - في تقييمهم لـ 34 حالة من العلاج النفسي الديناميكي قصير المدي - نتائج كبيرة في التخفيف من الأعراض، الأداء التكيفي، وتغيّر الشخصية في نهاية الجلسات وخلال فترة عامين من المتابعة.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

إن مكانة سيجموند فرويد مكانة آمنة في التاريخ، حيث ينظر إليه على أنه من الرموز البارزة على مر العصور، كما أن إسهاماته لعلم النفس والمجالات الأخرى ضخمة واستثنائية. تشتمل الانجازات الواضحة لفرويد على مفهوم ميكانيزمات الدفاع كوسيلة لمواجهة القلق، حيثه عن الشعور مقابل اللاشعور، وطريقته لاستكشاف عمليات اللاشعور في التحليل النفسي، أما نقاط الضعف في نظرية فرويد تشتمل في تأكيده المبالغ فيه على الجنس في نمو الشخصية وطول الفترة الزمنية المطلوبة لانجاز أهداف التحليل النفسي. التطورات الحديثة في نظرية فرويد كما تظهر من خلال نظرية تحليل الأنا والعلاج النفسي السيكوديناميكي الموجز تعتبر محاولات للتغلب على هذه المشكلات.

سيكولوجية الفرد لدى آدلر ADLER'S INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

المعلومات الخلفية Background Information

حصل الفريد **أدلر** (1870-1937) على شهادة الطب من جامعة فينا عام 1895، وفي عام 1902، بدأت علاقته مع فرويد، وبسرعة أتخذ موقفا ودورا نشطا في مجمع التحليل النفسي الفرويدي وانتخب رئيسا له عام 1910. أسس هو وفرويد مجلة التحليل النفسي وأصبحا محرراها. بعد ذلك بفترة وجيزة، اختلف أدلر مع فرويد على بعض القضايا النظرية الهامة والعديدة. هذه الاختلافات أدت الي استقالة أدلر من منصبه كرئيس للمجمع وكمحرر مشارك في المجلة. عند هذه النقطة، فصل أدلر نفسه عن الدائرة الفرويدية وأسس مدرسته، التي أطلق عليها سيكولوجية الفرد (علم النفس الفردي). بعد ما خدم كضابط طبي أثناء الحرب العالمية الأولى، عاد أدلر لممارسة الطب في

فينا. وفي عام 1922، صب أدلر اهتمامه على مشكلات الأطفال وأسس عيادة الإرشاد للطفل في المدارس العامة بفينا. (Dinkmeyer & Dinkmeyer, 1985)، وأخيرا تم تأسيس أكثر من 50 عيادة مشابهة قبل أن تمنع الاضطراب السياسي في أوربا علم النفس من وجهة نظر آدلر Dinkmeyer &) (Dinkmeyer , 1985، وفي عام 1935، أجبرت الإضرابات السياسية أدلر على الهروب من أوربا واستقر في الولايات المتحدة الأمريكية. بعد عامين، توفي أدلر أثناء إلقائه لمحاضرة في أبردين، اسكتلندا.

لقد احتفظ أدلر بجدول زمني مكدّس خلال حياته العملية، فقد كان مشهورا بجولاته لإلقاء المحاضرات، وأثناء ذلك كان يعمل مع المسترشد أمام المستمعين، وهذا كان ثورة في هذا الوقت، حيث لم يكن الإرشاد النفسي أو العلاج النفسي يتم بهذه الصورة المكشوفة , Dinkmeyer & Dinkmeyer) (1985. اليوم، يستمر أتباع أدلر في تقليد إظهار الاستراتيجيات الإرشادية أمام الجمهور.

لقد كان أدلر كاتبا غزير الإنتاج، حيث ألف ما يزيد على 100 كتاب ومقالة أثناء حياته، ويمثل : ممارسة ونظرية علم النفس الفردي (Adler , 1969) .

الفريد أدلر

نظرية الشخصية Theory of personality

نظر أدلر للشخصية بتحليل عميق وشامل لأداء البشر، حيث إنها تؤكد على أهمية خبرات الحياة الأولى داخل الأسرة، أو ما يسميه أدلر المجموعة الأسرية. من هذا المنطلق، فإن عوامل مثل الترتيب الولادي والتنافس بين الأخوة، والاهتمام الاجتماعي – تلعب دورا هاما في تكوين وأداء الشخصية.

وجهة النظر عن الطبيعة البشرية VIEW OF HUMAN NATURE

يحمل أدلر وجهة نظر تفاؤلية عن الطبيعة البشرية. فقد اعتقد آدلر أن الناس في الأساس ايجابيون، ولديهم القدرة على تحديد مصائرهم ذاتيا. هذه النظرة عن الطبيعة البشرية قد حفزت نمو الحركة الإنسانية في علم النفس، تلك الحركة التي تركز على وقيمة الفرد واحترامها. كما يؤكد أدلر أيضا على أن السلوك شمولي، أو بينه اعتماد متبادل أو متداخل، وذلك يظهر أن السلوك له غرض وموجه نحو هدف، دافعي، وذلك لأنه يمكن فهمه بشكل أفضل من الإطار المرجعي للمسترشد.

المفاهيم الرئيسية Key Concepts. وصف آدلر (1969)، عددا من المفاهيم الرئيسية التي يقوم عليها بناء نظريته للشخصية. فيما يلي نعرض لعشرة مبادئ رئيسية في هذه النظرية :

الذات الخلاقة: هذا المفهوم يقع في صلب نظرية آدلر. فالذات الخلاقة هي النواة التي تتولد منها كل حركات الحياة (Ansbacher & Ansbacher , 1956)، يطلق فرويد على هذا المركز الأنا. بالنسبة لآدلر، فإن مصطلح الذات الخلاقة تؤكد على أن كل شخص لديه القدرة على التفاعل مع العالم بشكل إبداعي. لقد عبّر آدلر عن قدرة التصرف الذاتي عندما قال :

> "..... الشئ المهم ليس ما يولد مع المرء من أدوات، ولكن فيما يستخدم المرء هذه الأدوات.... لفهم ذلك، نرى أنه من الضروري افتراض وجود قوى أخرى - القوى الإبداعية للأفراد (Ansbacher & Ansbacher , 1956)

مفهوم الحركة الغائية : نظر آدلر إلى كل السلوكيات على أنها تتحرك، فليس هناك شئ ساكن. هذه الحركة غائية في طبيعتها لأن لها غرض وموجهة نحو هدف. وفقاً لآدلر، فإن الفرد يمكن أن يتحرك من أجل الجانب المفيد أو غير المفيد من الحياة. تتميز الحركة على الجانب المفيد بالجهود التعاونية بينما الحركة على الجانب غير المفيد نرجسية في طبيعتها. , Ansbacher & Ansbacher) 1956).

يعتقد أدلر أيضاً أن حركة الحياة لدى الأفراد تسير من الشعور السلبي إلى الشعور الايجابي وفقا لمنطقهم الخاص، كما أن الأفراد سوف يتصرفون بأسلوب يبدو أنه يحسّن من موقفهم -Ans) bacher & Ansbacher , 1956)، هذا المفهوم يمكن أن يكون مفيدا في فهم الدافع وراء سوء السلوك. على سبيل المثال، قد يتحرك الطفل نحو القوة لاكتساب الإدراك للذات أو التعرف عليها. وفي هذه الحالة، قد يكون المنطق الخاص :" ممكن أن أشعر بذاتي إذا تشاجرت مع الآخرين".

يمكن فهم السلوك من بعد العلاقات : يؤكد أدلر على أنه يمكن فهم السلوك من بعد العلاقات (Ansbacher & Ansbacher , 1956). هذا الروح فتن بها الشاعر جون دون عندما قال: "لا يوجد إنسان معزول". يعتقد آدلر أن الناس لا يتصرفون بمعزل عن الآخرين، إنما بعلاقتهم مع الآخرين، ويشير إلى أن ذلك يمكن أن يستخدم لتحديد أهداف سوء التصرف أو السلوك غير المقبول. على سبيل المثال، قد ينمي الوالدان فرضا مؤقتا بأن يسألا نفسيهما عن شعورهما عندما يتصرف الابن بشكل سيئ. إن الشعور بالانزعاج يمكن أن يشير إلى أن الطفل له هدف الانتباه، الشعور بالغضب أو التهديد يمكن أن يوحي بهدف بالقوة، الشعور بالأذى يوحي بهدف الانتقام، الشعور باليأس أو العجز يوحي بهدف إظهار عدم الكفاءة (Dinkmeyer &Mckay,1997,soltz,1964).

سيكولوجية الاستخدام: يؤكد أدلر على أن لكل سلوك استخدام أو مكافأة لا شعورية في طبيعتها (Ansbacher & Ansbacher,1956). إن الوجدانيات أو الانفعالات مفيدة في دفع الشخص نحو

الهدف. إن هذا المفهوم يمكن استخدامه لفهم الأعراض المرتبطة بالأمراض النفسية، كما توضح الملحوظة الشخصية التالية.

ملحوظة شخصية

دون محاسب مساعد يبلغ من العمر 22 عاما. في يوم من الأيام، أثناء العمل، أصبحت يده فاقدة للحس، ولم يقدر على تحريكها. تم نقل دون إلي المستشفي التي أعمل بها كأخصائي نفسي. تلقي المريض تقييما طبيا شاملاً، بما في ذلك العديد من الفحوصات العصبية بعد أن قرر الأطباء عدم وجود أي مرض عضوي في يد المريض، أحالوه اليّ. عندما سألته عن مدى حبه لعمله، قال لي أنه لا يحب عمله، لأنه أراد أن يلتحق بكلية الطب. بعد إجراء بعض أنواع التقييم الأخرى، قررت أن استخدم معه التنويم المغناطيسي. قلت له أنك طبيب، وأنا أطلب منك أن تقيس لي الضغط. عند هذه النقطة استطاع أن يحرك يده.

لقد كانت سيكولوجية الاستخدام واضحة في هذه الحالة حيث أن عدم قدرة المريض على تحريك يده ساعدت المريض على تجنب العمل الذي لا يحبه. من المهم توضيح أن دون لم يكن يعي أنه يحاول تجنب وظيفته. لقد استرد (دون) عافيته عندما اكتشف عدم وجود أي خلل عضوي في يده.

قررنا معاً أن يعود دون للجامعة بحيث يقوم بعمل شئ ما يريده، وساعدته على التقدم بأوراقه للجامعة. الشئ المدهش أن دون لم يستطع تحريك يده طواعية إلا بعد تلقي خطاب من الجامعة يفيد قبوله بها. يعرف اضطراب دون في الأدبيات بأنه اضطراب الهستيريا التحولية، وينطوي على فقدان وظيفة جسمية، مثل استخدام اليد أو البصر لأسباب نفسية وليست جسمية. كما هو واضح من هذه الحالة، فإنه يمكن فهم الاضطراب من حيث سيكولوجية الاستخدام.

علم نفس الدوافع: بعد الدافعية يقدم فهماً للمسترشد من الإطار المرجعي الداخلي له. يفترض آدلر أن ما يدركه المسترشد متحيز وفقا لخبرات الماضي (Ansbacher & Ansbacher, 1964)، ومن ثم يشير إلى هذه الظاهرة بأنها وعي الذات الداخلي. لذا، فإن بعد الدافعية ضروري لفهم تفسيرات المسترشدون لخبراتهم.

التأكيد على الاهتمام الاجتماعي: تم ترجمة مصطلح أدلر Gemeinschaftsgefuhl الي اللغة الانجليزية بأنه "الاهتمام الاجتماعي" (Ansbacher & Ansbacher, 1964). يعتبر الاهتمام الاجتماعي قوة دفع رئيسية في سيكولوجية أدلر. ربط أدلر هذا المفهوم بالصحة النفسية (Ansbach-er & Ansbacher , 1964). يؤيد جلاسر (1965) على هذا المفهوم في نظريته عندما رأي أن كل الناس يحتاجون الي الحب والمودة.

أسلوب الحياة: أصبح أسلوب الحياة موضوعاً متكرراً في كتابات أدلر الأخيرة، والسمة المميزة لعلم النفس لديه. (Hall & lindzey , 1978) "يعود أسلوب الحياة إلي التوجه الرئيسي للفرد نحو الحياة " Dinkmeyer & Dinkmeyer,1985,p.123)). وفقا لأدلر، فإن أسلوب الحياة ينشأ في مرحلة الطفولة المبكرة بعمر أربع أو خمس سنوات وينصهر خبرات الحياة التالية ي هذا الأسلوب، لذلك من

الصعب تغيير خط أو أسلوب الحياة فيما بعد، كما أن أسلوب الحياة لدى الفرد يوجه استيعابه، واستفادته من الخبرات المستقبلية (Hall & lindzey, 1978).

النظرة الكلية للأفراد: الفرد كل لا يتجزأ ولا ينقسم كما تشير نظرية آدلر، وبالتالي فهي سيكولوجية كلية شمولية، كما أنها تحاول فهم أسلوب الحياة الكلي على أنه كل موحّد. يهتم أتباع آدلر بتقييم الفرد كل متكامل، له معتقدات مترابطة، وذات علاقات متداخلة، وأيضا مدركات، وأهداف (Dinkmeyer&Dinkmeyer,1985)، وأن نظرتهم هذه تشبه مفهوم الصحة الشمولي، الذي يرى العقل والجسد على أنهما نظام تكاملي وليس مكونات مستقلة للفرد.

النضال من أجل التفوق: يعتقد أدلر بأن الناس لديهم ميل رئيسي نحو تجنب مشاعر الدونية بالنضال من أجل السمو والرفعة (Ansbacher & Ansbacher,1956). لذا، يمكن للفرد أن يعوض مشاعر النقص في مجال ما، كالتميز في مظهر آخر من مظاهر الحياة وبهذه الطريقة، لا ينبغي اعتبار النضال من أجل التفوق كمحاولة للشعور بالسمو فوق الآخرين. ومن الممكن فهمهما على أنها نضال من أجل السمو والشعور بالقيمة للفرد، وهي قوة دافعة رئيسية (Dink-meyer&Dinkmeyer,1985,)

الخصائص الأسرية: يشتمل التجمع الأسري عوامل عديدة ترتبط بالنشأة الأسرية للفرد، مثل ترتيب المواليد، حجم الأسرة، والعلاقة بين أعضاء الأسرة. يعتقد أدلر أن كل تجمع أسري للفرد فريد، ويمكن أن يكون له تأثير دال على نمو أسلوب الحياة لديه. لقد كان أدلر شديد الاهتمام بالترتيب الولادي وبكيفية تأثيره على نمو الفرد (Ansbacher & Ansbacher,1956) على سبيل المثال،المولود الأول يميل إلى أن يكون دكتاتورياً وثرثاراً، لأنه هو الذي يعلم الأخوة والأخوات ما يفعلونه، كما يميل إلي أن يكون محافظا لأنه ولد في عالم الكبار وبالتالي فهو ينتسب إلى الكبار والى قيم الكبار. مع قدوم الطفل الثاني، من الممكن أن يشعر الطفل الأول بأنه قد خلع من سلطته، حيث سوف يقتسم هو والطفل الجديد اهتمام وانتباه الوالدين وهذا يجعلهما شكاكين، ويميلان الي حماية أنفسهم من التحولات المفاجئة. أما الطفل الوسط، فيحاول المنافسة مع الطفل الأكبر، وبالتالي يميل إلي أنه يكون طموحاً، وهذا ينتج عنه "متلازمة حصان السباق" والذي يمكن أن يعزز من توجه الإنجاز لدي الطفل الوسط. كما أنه يعزز أيضا المنافسة بين الأخوة وهذه المنافسة قاعدة أخرى من قواعد نظرية أدلر بالإضافة إلى ذلك، قد يمر الطفل الأوسط بصعوبة في الشعور بالانتماء لأنه لم يحظي بالمكان الخاص الذي يحظي به الإبن الأكبر، أو الأصغر. كما أن هؤلاء الأطفال الذين يولدون في الترتيب الأوسط يميلون لأن يكونوا ملاحظين ووسطاء، يهتمون بما يحدث بين الأخوة، وتكون لديهم الرغبة في حل النزعات التي تنشأ بينهم.

أما الطفل الأصغر في العائلة، فهو "المدلل"، حيث يعامله الوالدان معاملة خاصة، وهؤلاء الأطفال الصغار يقدرون هذه الاعتبارات أو المعاملات الخاصة، ويتعلمون منذ صغرهم أن الآخرين سوف يهتمون بهم ويحبونهم ويسعون إلى إبعادهم عن ويحبونهم من صعوبات الحياة.

يرى دينكمير و دينكمير أن خصائص ترتيب المواليد ما هي إلا ميول فقط، قد تحدث، وقد لا تحدث، وتعتمد في ظهورها على مدى ارتباط الوالدين بالطفل، ومدى تفسير الطفل لترتيبه الولادي. عندما لا يكون لدى الفرد الخصائص المماثلة للترتيب الولادي، فمن المهم تحديد العوامل الأسرية التي تفسر هذه الفروق. على سبيل المثال، الطفلة الوسطى، والتي لها ثلاثة أخوة من الذكور،وليس لها أحداً لا تشعر بعدم الانتماء، لأنها تشعر بأنها البنت الوحيدة.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

يؤكد الإرشاد النفسي والعلاج النفسي عند آدلر على دور المعرفة في الأداء النفسي، حيث يبدأ باستخدام تحليل أسلوب الحياة للحصول على فهم المسترشد، ومن خلال الأساليب والإجراءات المتعددة، مثل التشجيع، والتصرف كما لو أنه يمكن مساعدة المسترشدون على إعادة توجيه أنفسهم نحو الطرق المقبولة للأداء.

يحاول أتباع أدلر أن يذهبوا إلي أبعد من السلوك الظاهر، من خلال فهم الدافع وراء السلوك (Nystul , 1985). لذا، فإن هذا المنهج مهتم بتعديل الدافع أكثر من تعديل السلوك. ويؤكد سونستيجارد ورفاقه (1975) على هذا الاتجاه حيث يدعو أن " المرشد النفسي الأدلري ليس مشغولا مسبقا بتغيير السلوك، ولكنه مشغول بفهم الإطار المرجعي للفرد وتحديد الفكرة أو الهدف المغلوط لدى الفرد ضمن هذا الإطار في الواقع، لا يتم فهم سلوك الفرد إلا بعد تحديد الأهداف.... (p.17)

يلخص موساك و ماياناسي 2008 الأهداف الرئيسية للعلاج النفسي لدى آدلر كما يلي :

- زيادة الاهتمام الاجتماعي للمسترشدون
- مساعدة المسترشدون في التغلب على مشاعر الإحباط والحد من مشاعر النقص و الدونية
- التعامل مع ومحاولة تغيير الدوافع الخاطئة والمسؤولة عن السلوك.
- مساعدة المسترشدون في أن يكونوا أعضاء مساهمين في المجتمع.

العملية الإرشادية موجهة تربويا، وتقدم المعلومات، وتوجة، وتحاول تشجيع المسترشدون المحبطين. هذا المنهج يحاول إعادة تعليم المسترشدون من أجل تعزيز التقبل الذاتي، وتقبل الآخرين، والشعور بالارتباط والانتماء (Mosak & Maniacci , 2008). تقوم العلاقة الإرشادية على المساواة حيث يتجنب المرشد وضع المسترشد في موضع التبعية، كما في علاقة الطبيب – المريض، حيث يعتبرون أن الشعور بالاحترام المتبادل حيوي في كل العلاقات، بما في ذلك العلاقة الإرشادية.

يحدد دينكمير و دينكمير (1985) **أربعة مراحل للعلاج النفسي الأدلري**: إنجاز العلاقة، إجراء تحليل وتقييم، تعزيز الاستبصار، وإعادة التوجيه (الوعي). يلاحظ هذان الباحثان أن هذه المراحل لم يقصد بها أن تكون عمليات مستقلة أو مميزة، إلا أنها متداخلة منسجمة في الممارسة العيادية. يعتقد

أنه من المهم الحفاظ على علاقة موجبة خلال العملية الإرشادية من أجل العمل على انجار الأهداف في إطار علاقة موجبة مع خلال العملية الإرشادية.

الأساليب Techniques

يمكن وصف الأساليب المستخدمة في نظرية آدلر من خلال مراحل العلاج النفسي الأربعة التالية:

المرحلة الأولى: تأسيس العلاقة: المرشدون الذين يأخذون بطريقة آدلر يعتبرون العلاقة بمثابة شركة خاصة بكل من المرشد والمسترشد ويعملان معاً للوصول إلى الأهداف ، والعلاقة تكون كالعقد المكتوب، وهذا يتحقق من خلال الأساليب التالية:

1- استخدام مهارات الاستماع: يرى دينكمير وسبيرى (2000) أن مهارات الاستماع الفعالة ضرورية لتعزيز الاحترام المتبادل والثقة المتبادلة وهما عنصران مهمان في العلاقة الإرشادية الأدلرية.

2- بناء الاحترام المتبادل وغرس الأمل : يرى نيستول (1986) أن بإمكان المرشد النفسي زيادة دافعية المسترشد للانخراط في الإرشاد النفسي من خلال احترام المسترشد غرس الأمل لديه بتحقيق نتائج أفضل وهذا يتطلب وضع الخطط واختيار الهدف المطلوب بعد موافقة المسترشد عليه.

3- التشجيع : إن التشجيع يوصّل شعور بالدعم، ويمكن أيضا أن يساعد المسترشدون على تعلم الإيمان بأنفسهم وما يمتلكون من قدرات. وقد حدد دينكمير و لوسونسى (1980)، ووتس وبيترزاك (2000) المهارات الهامة المشتركة في عملية التشجيع، بعض هذه المهارات يركز على التقدم، والأشياء النافعة، والقدرات، ومساعدة المسترشدون على رؤية السعادة في تجارب الحياة، توصيل الاحترام والثقة، والشعور بالحماس، ومساعدة المسترشد على أن يكون على وعي بالاختيار، محاربة الهزيمة الذاتية وعمليات الإحباط، وتعزيز التشجيع الذاتي. يري ووتس و بيترزاك (2000) أن العلاج النفسي الآدلري عملية تشجيع في الأساس. ففي هذه العملية يمكن مساعدة المسترشد في استعادة الأمل والحيوية في الحياة. ويشير وونس وبيترزاك (2000) إلى أن مفهوم الشجاعة الأدلري مشابه للعلاج الموجز المتمركز حول الحل (deshazer , 1985)، حيث أن كلا المنظورين العلاجيين متفاءلين، يركزان على مناحي القوة، والحلول والموارد. كما أنهما متشابهان ومتوازيان فيما يتعلق بكيفية تعريفهما لسوء التكيف، وتجنب النموذج الطبي، والتركيز على التغلب على الإحباط، وتحديد الاستثناءات للمشكلة (العلاج الموجز المتمركز حول الحل).

المرحلة الثانية : إجراء التحليل والتقييم : يقوم في هذه المرحلة يقوم المعالجون بعمل تحليل وتقييم عميقين لاسلوب حياة المسترشد، وهذا ينطوى على أهمية أن يوضح المرشد للمسترشد كيف معتقداته وأفكاره تؤثر على أسلوب حياته . كما يتم فهم العلاقات الاجتماعية للمسترشد، والدور الجنسي له، ومشاعره اتجاه ذاته وتفكيره ومنطقه.

أيضاً يمكن أن يكون تحليل الأحلام جزء من تحليل أسلوب الحياة (Mosak&Maniacci,2008) . لا يحاول الأدلرينيون تحليل الأحلام بتحليل محتواها الرمزي، كما يفعل الفرويديون، ولكنهم يرون أن الأحلام كمحاولة للتعامل مع صعوبات الحياة وتحدياتها. وبهذا المعنى، تصبح الأحلام نشاط لحل المشكلات حيث تعطي الفرد الفرصة للتدريب على بعض السلوكيات المستقبلية (Mo-sak&Maniacci,2008) يمكن استخدام تحليل أسلوب الحياة لتحديد مناحي القوة لدى المسترشد أو الأشياء النافعة التي يمكن استخدامها للتغلب على مشكلات المسترشد،كما يمكن استخدامها أيضاً لتحديد وجهات النظر اللاعقلانية أو الخاطئة التي يمكن أن تتداخل مع نمو المسترشدين والتي يشار إليها على أنها الأخطاء الأساسية،ويمكن وصفها من خلال الأمثلة التالية :(Mosak&Maniacci,2008)

- التعميمات المبالغ فيها : "لا يمكن الثقة في الناس".
- أهداف الأمان الخطأ : "ارتكب خطا، وأنت تحصل علية"
- التمثيلات الخطأ لمتطلبات الحياة:" انا لم أحصل أبداً على راحة"
- التقليل من قيمة الذات "انا غبي"
- نظام قيمي خطأ :"لا يهم كيف تلعب المباراة ما دمت تفوز"

المرحلة الثالثة: تعزيز الاستبصار: يعتقد الأدلرينيون بأن الاستبصار شرط هام للتغيير طويل المدى. فالاستبصار يسمح للمسترشدون بفهم ديناميكيات سلوك تدمير الذات، ومن ثم يمكن تصحيحها أثناء عملية إعادة التوجيه. الأداة الرئيسية في تقديم التبصر هي التفسير، والذي يركز على خلق الوعي بالأخطاء الرئيسية التي تعيق نمو المسترشد، يستخدم المرشدون النفسيون أساليب المواجهة أثناء عملية الاستبصار إذا واجهوا مقاومة من المسترشدون. يذكر شولمان (1973) أن المواجهة يمكن أن تتحدى المسترشد للقيام باستجابة تلقائية أو تغيير فوري، أو دراسة بعض القضايا، يمكن أن تعزز التلقائية أو الفورية في العلاقة المسترشد في معرفة كيفية ينظر المرشد النفسي للمسترشد في اللحظة الحالية (Dinkmeyer&Dinkmeyer,1985)

المرحلة الرابعة: إعادة التوجيه (الوعي): المرحلة الأخيرة من العلاج النفسي الأدلري تنطوي على وضع الاستبصارات محل العمل والتطبيق، يتم تشجيع المسترشدون على القيام بالتغيرات اللازمة في حياتهم وهم ينمون معتقدات وسلوكيات أكثر وظيفية. يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون الأساليب التالية أثناء مرحلة إعادة التوجيه:

1- اجتناب المصائد: يحضر المسترشدون معهم للجلسة همومهم ومشكلاتهم وكذلك بعض الأنماط التي يستخدمونها في حياتهم اليومية والتي قد تتملق ببعض الاقتراحات الخاطئة عن المرشد. مثلاً بعض المسترشدين مقتنعين بأنه ليس هناك أحد يمكنه أن يعتني بهم، ولذلك

فهم على الأغلب يحاولون وضع المرشد للتصرف تجاههم مثل الآخرين، لذلك على المرشد الحذر من الوقوع في مثل هذه المصائد وأن لا بد عم سلوك المسترشدين الذي يبقيهم عالقين في السلوكات القديمة، وعلى المرشد أن يشجع التصرفات التي تؤدي إلى نضج نفسي أكبر عن المسترشدين وعلى سبيل المثال قد تقولم مسترشدة "إن زوجي سكير، أنا لا أعرف ما الذي يجعلني أصبر علية". يمكن أن يستجيب المرشد النفسي قائلاً"لابد انك تحصلين على تعاطف الآخرين لأنك تتحملين الكثير" عندما تدرك المسترشدة أن شخصاً ما على وعي بالثمن الذي تتلقاه من متلازمة الضحية، فإن اللعبة قد تكون غير ممتعة أو أقل متعة.

2- أسلوب الضغط على الأزرار: هذا الأسلوب يقوم على العلاج النفسي العقلاني الانفعالي لأ ليس (1962)، حيث ينطوي على جعل المسترشد يركز على التجارب السارة وغير السارة، والمشاعر التي تتولد عنها (Dinkmeyer&Dinkmeyer,1985)، عندما يكتشف المسترشدون أن أفكارهم تؤثر في وجدانياتهم، فإنهم يدركون أن بإمكانهم التحكم في استجاباتهم الوجدانية- إن مفهوم الضغط على الأزرار يرمز إلى مقدار التحكم الذي يبذله المسترشد عندما"يضغط على الزر" ويضع نهاية لعمليات هزيمة الذات، وبعد ذلك يمكنه خلق طريقة بنائية للاستجابة للموقف، تنتج عنها استجابة عاطفية أكثر ايجابية.

3- التحكم في الذات: يمكن أن يستخدم المسترشدون هذا الأسلوب لتجنب أساليب هزيمة الذات القديمة – في البداية، يقوم المسترشدون بالتحكم في أو الإمساك بأنفسهم عن طريق ممارسة بعض الألعاب. وفي النهاية، يصبح بإمكانهم التحكم بأنفسهم ويمكن تشجيع المسترشدون على استخدام الدعابة عند الإمساك بأنفسهم والتحكم فيها، حيث يتعلمون الضحك، السخرية من ميول هزم الذات لديهم.

4- التصرف كما لو....: ينطوي هذا الأسلوب على أن يتصرف المسترشدون كما لو أن بإمكانهم عمل كل ما يرغبون القيام به مثل أن يكونوا واثقين بأنفسهم أكثر أو أن يكونوا مستمعين أفضل هذا الأسلوب يعزز القدرة الذاتية، والتي من شأنها أن تجعل المسترشد يمر بتجربة النجاح.

5- تحديد المهمة والإلتزام بانجازها: لا يؤمن الأدلرينيون بان التغيير يحدث عن طريق تقديم النصائح، بل يرون أنه يحتاج إلى عمل وجهد لذا،فان وضع المهمة والالتزام، سمات ضرورية في العلاج النفسي الادلري. من الممكن أن تكون الواجبات المنزلية مفيدة في هذا السياق، بتقديم بنية يمكن من خلالها أن يجرب المسترشد أساليب جديدة للسلوك.

القضايا المعاصرة Contemporary Issues

كثير من المفاهيم الأدلرية المعاصرة مأخوذة من أعمال رودولف دريكارس (1972-1897)، وهو تلميذ أدلر. ففي عام 1932، بعد موت آدلر بعامين، انتقل دريكارس الي شيكاغو وأسس معهد ألفريد آدلر في شيكاغو (Dinkmeyer&Dinkmeyer,1985). أستمر في تنمية نظرية آدلر، خصوصا من نواحي تربية الوالدين وتوجيه الطفل. حصل دريكارس على جائزة لأخذه كتابات آدلر وإعادة العمل

في مفاهيم يسهل فهمها وتطبيقها بالإضافة إلى ذلك، طوّر مفاهيمه الخاصة في ضوء مبادئ نظرية آدلر مثل الأهداف الأربعة للسلوك السيء (Dreikurs,1949,Dreikurs&soHz,1964)، والتشجيع (Dinkmeyer & Dreikurs, 1963)، النتائج الطبيعية والمنطقية (Dreikurs & soHz,1964)، والمساواة الاجتماعية (Dreikurs,1971) . كان دريكارس يتجول محاضراً، وأثناء هذه المحاضرات كان يقدم منهجه في العلاج النفسي، ولقد عرف بعمله الدؤوب وإنجازاته الكبيرة في نشر شعبية وقبول سيكولوجية آدلر كمدرسة رئيسية في الإرشاد النفسى والعلاج النفسي (Dink-meyer&Dinkmeyer,1985) .

كما أن الجهود دون دينكمير دور هام في تطوّر علم نفس آدلر، فقد دمج دينكمير وزملاؤه عددا من مفاهيم آدلر ودريكارس في البرامج التي تخص الأطفال والمراهقين، والوالدين، والمعلمين، وقد اكتسبت هذه البرامج شعبية بين المرشدين النفسيين وأعضاء آخرين من مهن المساعدة. بعض هذه البرامج هى: التدريب الفعال للوالدين، (Dinkmeyer & Mckay , 1997)، وتنمية فهم الذات والآخرين (Dinkmeyer&Dinkmeyer,1982) .

هناك أفراد آخرين كثر لهم إسهامات جليلة في سيكولوجية آدلر المعاصرة. فقد طوّر رى كورسينى (1977,1979) نظاما تعليميا يقوم على مبادئ آدلر وسماها " التربية الفردية ". كما فعل دريكارس ورفاقه (1951)، شيرمان ودينكمير (1987)، وأوسكار كرسيتينسون - الكثير من أجل نشر وتعزيز قبول الإرشاد الأسرى الآدلري.

بدأت الاهتمام بدرمج سيكولوجية آدلر مع مدارس الفكر الأخرى. فقد أقترح شولمان في مقابلة مع بيستول (1988) أن سيكولوجية آدلر تحتاج إلى تطوير لدمج التطورات الجديدة في مجال تنمية الطفل، والعمليات الكيميائية العصبية في المخ، وعلم النفس المعرفى. أشار واتكينز (1984) الى التشابه بين نظرية آدلر والإرشاد المهنى، على سبيل المثال مفهوم أسلوب الحياة لدى آدلر، وأنواع الشخصية لدى هولان (مثل الواقعي والبحثي) - كلاهما يعترف بالدور الذى تلعبه الفروق الفردية في الأداء النفسي.

لقد اكتسبت حركة الدمج تأييداً مقبولاً بين مؤيدي أدلر. فقد ركز العدد الخاص لمجلة : سيكولوجية الفرد وهي : مجلة نظرية آدلر، على استكشاف القضايا المرتبطة بما " هو ابعد من آدلر "ففى هذا العدد، يقترح كارلسون (Nystul,1991) أن حركة آدلر أصبحت منعزلة، حيث تركز كثيراً على المفاهيم جيدة الإعداد مثل الأهداف الأربعة للسلوك السيء، والنتائج المنطقية. يشير كارلسون الى أن هناك حدوداً واسعة تحتاج إليها سيكولوجية أدلر لتصبح جزء من جمال علم النفس المعاصر (Nystul,1991). كما يفترض كارلسون أن مناهج أدلر يمكن تطويرها لتصل الى المسترشدون غير التقليديين، المسترشدون (غير الصغار، غير الجذابين، غير اللفظيين، غير الأذكياء، وغير الحساسين)، والمسترشدون الذين هم ضحية العنف الأسرى، المسترشدون المصابين بفيروس الكبد الوبائي، ومرض الإيدز، والمسترشدون الذين يحتاجون الى علاج نفسي جنسى. وقد قاد يرد موساك (1991) الدعوة للتغيير، حيث يذكر أن نظرية أدلر تركز كثيرا على سيكولوجية اللاسواء، ولا تركز بشكل كافى على سيكولوجية السواء.

فيما يبدو أن هناك تطورا يتعلق بوضع مفاهيم وأفكار جديدة في سيكولوجية آدلر. يشير ووتس (2000) الى أن سيكولوجية أدلر مناسبة، ويرى أيضا أن سيكولوجية أدلر لها أساس نظرى واسع، وبالتالى يمكن دمجها. ويرى ووتس أن العلاج النفسي الأدلري - في شكله الجديد - يمثل تكاملاً أو دمجاً للنظريات الدينامكية النفسية، والمعرفية، والمنظومية، ويمكن تكييفه بسهولة للاتجاهات البارزة في الإرشاد النفسي مثل الاتجاهات التوجيهية، ومحدودة الزمن، والمتمركزة حول الحاضر، والمتمركزة حول المشكلة. يذكر سكوارتز & ولدو 2003)) أن سيكولوجية آدلر (Adler, 1969) والنظرية العلائقية (Meyer,1957,Sullivan,1968) تشتركان في المنظور الاجتماعي العلائقي، الذي يجعل هاتين النظريتين مرشحتين بقوة للدمج. ومن التوجهات النظرية الشائعة التي تتقاسمها هاتين النظريتين ما يلى :-

- تلعب الخبرات الأولى في الحياة دوراً في كيفية تنمية الناس، لعلاقاتهم ومحافظتهم عليها خلال الحياة.
- ينطوى العلاج النفسي على إعادة توجيه الناس من طرق التصرف غير المناسب الى طرق أخرى تقوم على تجارب الحياة الأولى.
- لدى الأفراد دافع لتحقيق، والحفاظ على علاقات مع الآخرين ذات معنى.
- ترتبط الصحة العقلية بالإهتمام الاجتماعي والأداء العلاقاتي.

المناهج الأدلرية الموجزة للإرشاد النفسي Adlerian Brief Approaches to Counseling

وفقا لأنسبيتشر (1989) - وهو من أنصار آدلر - فإن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي الأدلري هو أول شكل للإرشاد النفسي الموجز. فقد اعتقد آدلر بأن الحدود الزمنية في الإرشاد النفسي مفيدة، ومن ثم قصر جلساته على عشرة أسابيع، في كل أسبوع جلسة واحدة (Ansbacher,1989) كما أن هناك عدد من المفاهيم الأدلرية تناسب نظرية الإرشاد النفسي الموجز، وكذلك الممارسة في نظرية الإرشاد النفسي الموجز. على سبيل المثال، استخدام التشجيع، والتركيز على الأشياء المفيدة لدى المسترشد، وهذا كله ينسجم مع منظور القدرات الذي تدافع عنه وتؤيده نماذج الإرشاد النفسي الموجز المعاصرة. يرى كيرت أدلر (وهو ابن آدلر) أنه على الرغم من أن الإرشاد النفسي الأدلرى سابق على نماذج الإرشاد النفسي الموجز، إلا أنه ليس شكلاً قصير المدى أو طويل المدى من أشكال الإرشاد النفسي، ولكنه منهج مرن، يمكن أن يتكيف لحاجات المسترشد الفريدة والبارزة (Adler , 1972) وقد قام أتباع أدلر المعاصرون بعمل تطورات جديدة في تنمية مناهج الإرشاد النفسي الموجزة.

فقد كان سبيرى أول الآدلريين الذين وصفوا إجراءات محددة لإجراء الإرشاد النفسي الموجز، فقد طوّر خريطة معرفية بسيطة يمكن للأطباء المعالجين استخدامها لتنظيم كل أشكال الاستشارات الموجزة بما في ذلك، الاستشارات السريعة "، والمكالمات التليفونية الطارئة. كما طوّر مايناسى (1996) نموذجا للإرشاد النفسي الموجز لعلاج اضطرابات الشخصية، ويذكر أن الإجراءات الآدلرية مثل تقييم

أسلوب الحياة مفيدة تحديداً في فهم قضايا الشخصية الأساسية. إن العلاج النفسي الموجز الأدلري منهج أدلري جديد طوّره بيتر و نيكول (2009) وله تركيز علائقي، حيث يرى هذان الباحثان أن العلاقة العلاجية وتغيير المسترشد أمران متداخلان.

يمثل العلاج النفسي الموجز الأدلري دمجا لنظرية آدلر والعلاج النفسي المتمركز حول الحل. ومن العوامل التي تبقى على إيجاز المنهج الحدود الزمنية، التركيز العلاجي، توجيهية وتفاؤل المرشد النفسي والأعراض كحلول وواجبات المهام السلوكية.

الاتجاهات المستقبلية وعلم النفس من وجهة الأدلريين

Postmodern Trends and Adlerian Psychology

فيما يبدو أن الاتجاهات المستقبلية للبنائية والبنائية الاجتماعية لها علاقة بسيكولوجية آدلر. وينظر الى سيكولوجية أدلر على أنها وضعت الأساس النظري للبنائية (Mahoney1991, Ma-honey&lyddon,1988,aatts,2000) هناك مفاهيم سيكولوجية متشابهة بين نظرية آدلر والبنائية (Jones,1995,scott et al., 1995). على سبيل المثال، تؤكد كلتا النظريتين على دور المعرفة في الأداء النفسي، مشيرتان إلى الدور الإيجابي الذي يلعبه الناس في خلق واقعهم، وكما يشير أدلر، فإن الذات الخلاقة تعطى للفرد الفرص لعمل استجابة فريدة تقوم على تجاربه الماضية، والقدرة على تحديد المصير مشكل ذاتي ومستقل.

فيما يبدو أيضا أن سيكولوجية آدلر تتشابه مع البنائية الاجتماعية، حيث تؤكد البنائية الاجتماعية على دور القوى الاجتماعية مثل الروايات التي تظهر في الثقافات - في خلق المعاني الشخصية أو "الحياة القصصية" كما أن مفهوم الاهتمامات الاجتماعية يعكس أيضا منظورا بيئياً حيث أن الصحة والمعنى في الحياة يتم إنجازهما بشكل كبير من خلال الاهتمام، والاشتراك مع الآخرين.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

لقد كان آدلر رائدا في عصره، حيث أكدت اكتشافاته السيكولوجية أهمية علم الظواهر والشمولية، والاهتمام الاجتماعي، وكلها مفاهيم تم دمجها في نظريات الإرشاد النفسي المعاصرة. قد تكون سيكولوجية آدلر غنية بالمفاهيم التي يمكن استخدامها لفهم الفروق الفردية في أسلوب الحياة، والديناميكيات الأسرية، الترتيب الولادي، ومنافسة الأخوة. نقطة القوة الأخرى في سيكولوجية أدلر تتمثل في تأثيرها على البرامج مثل التدريب الفعال للوالدين بشكل منظم، والبرامج التوجيهية الأخرى ومن النقد الموجه للمنهج الأدلرينى المعاصر أن المرشدين النفسيين الأدلرينيين يحاولون جاهدين الالتزام بالمفاهيم الأصلية لأدلر من حيث النظرية والبحوث، والممارسة. وهذا ما دفع شولمان بأن يقول في مقابلة مع نيستول (1988)،إن سيكولوجية أدلر ينبغي أن تستجيب للتطورات المستمرة في الإرشاد

النفسي وعلم النفس إذا أرادت أن تظل نظرية قابلة للتطبيق للممارسين المعاصرين. كما أن هناك نقد آخر للعلاج النفسي الأدلري، ويتمثل في تركيزها الضيق أو المحدود على استخدام مفاهيم الأخطاء الأساسية (Nystul,1994) تركز سيكولوجية آدلر على المعارف وليس السلوكيات، والوجدانيات والمعارف (Jones,1225). فيما يبدو أن برامج العلاج الشاملة تركز على كل المجالات الثلاثة للأداء النفسي.

قد يكون الطريقة الذي تُعرف به المعارف في العلاج النفسي الأدلري مشكلة من وجهة نظر العلاج الأدلريني، فإن المعارف ينظر إليها - بشكل أساس - على أنها تعريف الأخطاء الأساسية (Jones,1995, Nystul1994) يذكر جونز أن الأخطاء الأساسية هي المفتاح لفهم أسلوب الحياة والاضطرابات الوجدانية. يرى نيستول (1994 a) ان العلاج النفسي الأدلري - الى حد بعيد - ينطوي على إعادة توجيه المسترشدون لأخطائهم الأساسية لسوء الحظ هناك تركيز كبير على مفهوم الأخطاء الأساسية وذلك لأن المفهوم قد لا يتناغم مع نظرية أدلر للشخصية، ويحبط المسترشدون .(Nystul,1994)

علم النفس التحليلي لينج JUNG'S ANALYTIC PSYCHOLOGY

المعلومات الخلفية background Information

ولد كارل جوستوف ينج (1875-1961) في كيسويل، سكوتلاندا. كان والده قسّاً، وهذا ما جعله يهتم بالدين. لقد كانت الاهتمامات العقلية لينج مستقاة من النظريات الكلاسيكية. ينج، كشاب، كان مهتما بعلم الأساطير، والفلسفة، والدين، والتاريخ، والأدب، وعلم الآثار أثناء كان لدى يونج حلم، وهو أن يدرس الطب (Hall&Lindzey,1978). حصل ينج على شهادة الطب من جامعة باسيل 1900، في نفس العام الذي نشر فيه فرويد كتاب تفسير الأحلام، وهذا العمل قد أثر في قراره بالتخصص في الطب النفسي. بعد ذلك بقليل، حصل ينج على مكان في جامعة زيورخ، وعمل تحت إشراف أوجين بلولر، والمشهور بنظرياته عن الفصام. أثناء هذه الفترة، حظى ينج بالدراسة على يد بيير جانيه، الذى كان يجرى بحوثا عن الهستيريا والاضطرابات المتعددة للشخصية.

وبحلول عام 1907، كان أول لقاء له مع فرويد. فقد وجدا معا مجالات اهتمام مشتركة، وتحدثا معا لمدة ثلاثة عشر ساعة متصلة، آمن بعدها فرويد بأن ينبح هو خليفته (Hall&Lindzey,1978). لم يكن بمستغرب إذا أنه في عام 1910، أصبح ينج أول رئيس للجمعية الدولية للتحليل النفسي ومع ذلك وفجأة إذ بهذا التناغم يعيش لفترة قصيرة، حيث اختلف ينبح مع فرويد في قضايا نظرية هامة، مثل أدلر، وأصبح ينج متحررا من تأكيد فرويد على دور الجنس في نمو الشخصية. وبحلول عام 1914، صرح ينج بعدم قدرته على المشاركة في الحركة الفرويدية، واستقال من رئاسة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي.

عند هذه النقطة، قرر ينج أن يطوّر هو مدرسته في علم النفس والتى أطلق عليها علم النفس التحليلى. تجدر الإشارة الى آن معظم سنوات الإبداع لدى ينج - كما هو الحال مع فرويد - تمثلت في تلك السنوات التي عايش فيها الضغوط الشخصية، بين عام 1913 الى عام 1916. لقد استطاع ينج أن يستفيد من تلك الأوقات الصعبة. فقد قام بتحليل ذاتى مكثف من خلال تفسير أحلامه أثناء هذه الفترة وحصل على عدد من الاستبصارات التي كان لها تأثير كبير على نمو نظريته، على سبيل المثال، أهمية اكتساب الفهم عن عمليات اللاشعور أثناء العلاج النفسي.

كارل ينج

لقد كانت نظرية ينج فريدة في الأسس النظرية المتنوعة لها، كما كان قادراً على دمج اهتماماته الاولى بالدين، وعلم الأساطير، وعلم الآثار، والأدب، والتاريخ، والفلسفة في دراسة علم النفس، مما تنتج عنه فهم أكثر شمولية للمعرفة الإنسانية (Hall&Lindzey,1978). لقد كانت أعماله التجميعية مكثفة، لقد حظيت أعمال ينج باهتمام أولئك الذين يرغبون في دمج الأفكار الأسطورية من الشرق الأقصى مع المفاهيم التحليلية من أوربا الغربية وأمريكا.

نظرية الشخصية Theory of Personality

إن نظرية ينج عن الشخصية قوية تدمج عناصر من أفرع معرفية بما فيها الفلسفة الشرقية، والدين، والطب، وعلم النفس. أصبحت أفكار ينج منتشرة على نطاق واسع (Harris1996)، ويمكن أن ترى هذه الأفكار في أفضل الكتب مبيعاً مثل كتاب إيستس (1992): السيدات اللاتي هربن مع الذئاب. وفيما يلى نقدم عرضاً لنظرية ينج عن الشخصية:

وجهة النظر عن الطبيعة الإنسانية: لقد كان لينج (1928) وجهة نظر ايجابية عن المعرفة الإنسانية، حيث اعتقد بان لدى الناس ميول فطرية نحو الفردية - أى أن يصبحوا أفراداً فرديين، قادرين على الإدراك الذاتي وهذه العملية تتميز بالوحدة أو الدمج لعمليات الشعور واللاشعور (Jung,1928).

المفاهيم الأساسية: حدد ينج المفاهيم الأساسية التالية المرتبطة بنظريته عن الشخصية (read et al, 1953-1978):

الأنا، اللاشعور الشخصي، واللاشعور الجمعي: اعتقد ينج بأن النفس أو الشخصية الكلية تتألف من الأنظمة المنفصلة والمتفاعلة معاً، وهذه الأنظمة هي الأنا واللاشعور الشخصي، واللاشعور الجمعي. يمثل الأنا العقل الشعوري بينما يمثل اللاشعور الشخصي واللاشعور الجمعي المجال اللاشعوري للنفس. الأنا هو مركز الوعى أو الشعور، ويتكون من المدركات الشعورية والذكريات والأفكار والوجدانيات، ويرى يونج أن الأنا مسؤول عن شعور الفرد بهونية واستمراريته. كما انه يقدم ثباتاً وتوجيهاً في حياة الناس (Fadiman & Frager, 1976). يشبه اللاشعور الشخصي مفهوم ما قبل الشعور لدى فرويد،حيث يحتوي على خبرات كانت شعورية فيما مضى، والتي لا يستطيع الاستدعاء الواعى الوصول إليها (Felst, 1985).

كما يحتوى على المواد المنسية أو المكتوبة، تلك المواد التي كانت من قبل في الشعور، و يمكن أن تعود إليه في المستقبل (Hall & Lindzey , 1978). تتجمّع المعلومات في اللاشعور الشخصى حول عقد عديدة (Kaufman, 1989)، والتي تدور حول موضوعات مثل المظهر العام، أو الضبط، و التي من الممكن أن تتداخل مع الحياة، و يتصرف كما لو كان تحت سيطرة أمه أو تحكمها. أحياناً يُشار إلى اللاشعور الجمعي على أنه اللاشعور اللاشخصى حيث لا يرتبط بالخبرات الشخصية. هذا اللاشعور الجمعي يعتبر السمة الجدلية أو محل الجدل و الخلاف في نظرية ينج(Hall & Lindzey) 1978 .. يتألف اللاشعور الجمعي من الذكريات الموروثة من ماضى الفرد، و قد أطلق عليها ينج اسم "جمعي" لأنه يعتقد بأن الناس يشتركون في تصورات، و أفكار تتعلق بأشياء مثل الأم، والأرض، والميلاد، و الموت.

يشير ينج إلى هذه الأفكار العامة على أنها النماذج الأصلية. و يعتقد ينج بأن اللاشعور الجمعي يخلق أساساً للشخصية. إن اللاشعور الجمعي - الذى يبدأ من الميلاد - يوجّه خبرات الحياة لدى الفرد، و من خلال ذلك يؤثر على الإدراك، و الوجدانيات، و السلوك، و من ثم فهو السمة الأكثر قوة وتأثيراً في الشخصية (Hall & Lindzey,1978).

يشير ينج إلى أن اللاشعور الجمعي لا يستجيب مباشرة للوعى، ولكن يمكن ملاحظته بشكل غير مباشر من خلال ظهوره في الموضوعات الأبدية في علم الأساطير، وعادات الشعب وتقاليده، والفن (Kaufman,1989). وقد قام بزيارة العديد من الثقافات "البدائية" في أفريقيا، وأمريكا الجنوبية لاختبار نظريته. فقد وجد أنه على الرغم من أن هذه الثقافات قد ظهرت بشكل مستقل، إلا أنها تشترك فيما بينها في ذكريات يمكن ترجمتها فقط من خلال اللاشعور الجمعي.

المكونات البنائية: اكتشف ينج أن العديد من المكونات البنائية قد نشأ بشكل تام حتى أنه يمكن اعتبارها نظماً مستقلة داخل الشخصية (Hall & Lindzey,1978)، هذه الأنظمة هي الشخص، والعقد النفسية، الاتجاهات، والانماط الأولية، والذات الداخلية المرتبطة بالشعور، والذات العدوانية، والظل، والانتقال.

الشخصية: هى الذات العامة التي يسقطها الفرد كمقابل للذات الخاصة، تظهر "الشخصية" في العديد من الأدوار مثل العمل، الزواج، الأسرة، والمواقف الاجتماعية وفقاً لينج، فإن "الشخص" له علاقة عكسية مع الوعى بالفردية. على سبيل المثال، كلما كان الفرد واعياً بالشخصية، كان أقل وعياً بالفردية أو الذات الشخصية.

أما الذات الداخلية المرتبطة بالشعور، والذات العدوانية، فيشيران الى الافتراض بأن الناس لديهم البعد الذكرى، والبعد الأنثوي في الشخصية. أما الذات الداخلية المرتبطة بالشعور، هى النموذج الاصلى الأنثوى عند الرجال، والذات العدوانية، فهى النموذج الأصلى الذكرى عند النساء. يعتقد أن هذين النموذجين الأصليين هما نتاج السنوات حياة الرجال والنساء معا (Hall&Lindzey,1978). هذا النموذج الأصلي الذي يظهر في الأحلام والخيال كأشكال للجنس الآخر، يعمل كوسيط أساسي بين العمليات الشعورية والعمليات اللاشعورية (Fadiman & Frager, 1976)

أما الظل، فيمثل الجانب الشرير أو السلبي في الشخصية، والذى لا يريد الناس إدراكه أو الاعتراف به. يرتبط الظل بالأفكار التي تنشأ من الغرائز الحيوانية الموروثة وهو هنا يحمل نفس مفهوم فرويد عن الهوه والفرق بينهما هو أن يونغ يعطي للظن ابعاداً بيولوجية حيوانية لا حيث أن فرويد يعطى له أبعاداً سيكولوجية.

أما الذات فهى مركز الشخصية، وتشتمل على الأجزاء الشعورية واللاشعورية من العقل (Felst, 1985). تزود الذات الشخصية بالشعور بالوحدة، والتوازن، والثبات (Hall&Lindzey,1978). لا يمكن أن تظهر الذات إلا بعد تطوّر أو نمو نظم الشخصية الأخرى، والتى لا يحدث لها ذلك إلا في منتصف العمر (corey,1982)، عندما يتحوّل مركز الفرد من الأنا الواعى الى نقطة الوسط بين الشعور واللاشعور (Hall&Lindzey,1978). تصبح منطقة نقطة الوسط هذه مهيمنة على الذات. وقد اكتشف أن ينج وجود الذات عندما كان يدرس ممارسات الوسط الشرقى التي تؤكد على التفاعل بين عمليات الشعور وعمليات اللاشعور.

أنواع الشخصية: ذكر ينج أن أنواع الشخصية يمكن أن تتمايز في الاتجاهات والوظائف، حيث حدد نوعين من الاتجاهات، وهما الانبساطي، والانطوائي. وفقا لينج، فإن لدى الناس كلا الاتجاهين في بنية الشخصية. أما الإتجاه المسيطر، فيتمثل في العقل الواعي، والاتجاه التابع يوجد في الذات اللاشعورية (Hall&Lindzey,1978). كما وصف ينج أربع وظائف تقدم وسيلة إضافية للتمييز بين أنواع الشخصية، وتشمل على التفكير، والشعور، والحس، والحدس. يشير ينج الى أنه على الرغم من أن الناس يعتمدون على كل هذه الوظائف ليتفاعلوا مع الأحداث، إلا أن الوظيفة التي يتم تنميتها أفضل من غيرها سوف يتم الاعتماد عليها، كما تصبح هى الوظيفة السامية أو العليا.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

يطلق على منهج ينج للإرشاد النفسي: العلاج النفسي التحليلي، حيث يؤكد على دور العمليات اللاشعورية في الأداء النفسي. فمن خلال تحليل الأحلام والإجراءات الأخرى، يصبح المسترشد على وعى بالعمليات اللاشعورية ويتعلم استخدام هذا الفهم في الوصول إلى أقصى درجات الصحة العقلية والنفسية. إن الهدف الرئيسى للعلاج النفسي التحليلي هو مساعدة الذات على الظهور بحيث يكون المسترشد حرا في التحرك نحو الإدراك الذاتي. لكى يحدث ذلك، لابد من أن يساعد المحلل المسترشد على تنمية النظم الرئيسية الأخرى للشخصية إذا، ينطوى كثير من العلاج النفسي على استكشاف العمليات اللاشعورية حتى يتمكن المسترشد من الحصول على الاستبصار في بنية الشخصية (Kaufman,1989).

ومع الوقت، يمكن أن يتعلم المسترشدون أن يجعلوا النظم المتعددة تنمو لأقصى درجة، وتعمل بأسلوب تكاملي. على سبيل المثال، المسترشد الذى يصف نفسه بأنه شخص "من النوع الذكري" يسعى في طلب المساعدة في المشكلات الزوجية. قد يشجع المحلل المسترشد على إدراك أو الاعتراف بالأنثوية (الذات الداخلية المرتبطة باللاشعور) في الشخصية. وفقا للنظرية التحليلية، فإن ذلك سوف يساعد المسترشد على أن يعمل كشخص كامل، وينمى فهما أفضل عن الحياة.

إن لدى ينج مفهوماً فريداً للأمراض النفسية، حيث يعتقد بأن الأعراض المرتبطة بالأمراض النفسية يمكن أن تكون ذات فائدة لكل من المسترشد والمحلل (Kaufman,1989)، ويمكن أن تعمل كإشارات إنذار بأن شيئاً ما خطأ، وتقدم أيضا مؤشراً على أداء الشخصية (Kaufman,1989). لذا، فإن ينج تردد في استخدام العلاجات الطبية لعلاج الاضطرابات العقلية لأنه كان يخاف من أن هذا العلاج قد يحجب الرسائل الهامة التي تنقلها الأعراض. كما أن، طبيعة العلاقة العلاجية في العلاج النفسي التحليلي فريدة.

يطلب من المحللين النفسيين تنفيذ تحليلهم، الذى يساعدهم على الحصول على احترام المسترشد. فهم لا يرون العلاقة الإرشادية كمحلل يقوم بعلاج مسترشد مريض، ولكن المحللين أتباع ينج يرون العلاج النفسي على أنه شخص يبحر في اللاشعور يساعد شخصا آخر على تنمية حوار ذى معنى مع عمليات اللاشعور (Kaufman,1989).

كما يعتقد المحلل النفسي وفقا لنظرية ينج، أن من المهم بالنسبة للمسترشد أن يكون لديه شعور بالتقبل أثناء العلاج النفسي (Kaufman,1989). يصف فاديمان و فراجر (1976) مرحلتين رئيسيتين يتم من خلالها العلاج النفسي من وجهة نظر ينج. ففى المرحلة التحليلية، يحاول المسترشدون تحديد المواد اللاشعورية، هذه المرحلة تتبعها المرحلة التركيبية، والتى تنطوى في البداية على مساعدة المسترشدون في استخدام والاستبصار لخوض تجارب جديدة. أما المرحلة الأخيرة، فتسمى التحوّل، والتى ينخرط فيها المسترشدون في التربية الذاتية، ومن ثم يصبحون مسؤولين عن نموهم الشخصى.

الأساليب Techniques

يدافع ينج عن المنهج المرن للعلاج النفسي، ويعتقد بأن طريقة العلاج يجب أن تحددها السمات الفريدة لكل مسترشد (Harris,1996). يشترك منهجه في الخصائص المرتبطة مع نموذج فن الإرشاد النفسي الذى وصفناه في الفصل الأول، في أنه يعتبر منهجاً يوصى بأن يكون المحلل مبدعا ومرنا في العمل مع المسترشد. إن العلاج النفسي القائم على نظرية ينج منهجاً عملياً يقوم على مبدأ إرشادى توجيهيى مؤداه أن كل شئ يسير يجب أن يكون فاعلا (Kaufman,1989). على سبيل المثال عندما شكى أحد المسترشدون أنه يجد صعوبة في النوم، قام ينج بكل بساطة بغناء التهويدة (أغنية رقيقة تغنى للأطفال من أجل أن يناموا) (Kaufman,1989).

لقد كان ينج متشككا في استخدام الأساليب في العلاج النفسي لأنه اعتقد بأنها مقيدة. وفى الوقت نفسه، اعتقد ينج بأن تحليل الأحلام طريقة مفيدة لمساعدة المسترشدون في استكشاف العمليات اللاشعورية. على عكس فرويد، وجد ينج قيمة ضئيلة في تحليل الحلم الواحد. فقد اعتقد أنه من الضروري البحث في العلاقة المتداخلة التبادلية للعديد من الأحلام التي تم تسجيلها خلال فترة من الزمن. في هذه العملية، يمكن أن يساعد ينج المسترشد على فهم المعنى الرمزى للأحلام، وكيف أنها تقدم مفتاحاً للنظم المختلفة والمتعددة للشخصية.

قضايا معاصرة Contemporary Issues

سيكولوجية ينج مازالت هى الأقوى في العلاج النفسي، حيث حصل على شهادة المحلل النفسي ما يقرب من 2,860 شخص في 28 بلد (Douglas,2008) يشير دوجلاس الى أن العلاج النفسي التحليلى لدى ينج يقدم اتجاهاً نظريا ذا معنى لفهم العالم المعقد، ويذكر أيضاً أن البناءات النفسية في نظرية ينج تتطور بشكل ثابت (مثلا : إعادة تقييم الذات الداخلية المرتبطة باللاشعور، والذات العدوانية من حيث تغيير وجهات النظر عن الأنوثة والذكورة) أما الاتجاه الظاهر فيتمثل في صياغة مفاهيم سيكولوجية ينج من منظور متناقض (Harris,1996).

تقوم نظرية ينج على مفهوم التناقض، ويوحى التناقض بالغموض واللغز أو الورطة، وتوتر بين قضيتين متناقضتين، أو حتى التنافر بين عناصر الكل (Harris,1996p.4). يشير هاريس الى أنه لا يوجد إجابات بسيطة في سيكولوجية ينج. ومن هذا المنظور، فإن العلاج النفسي التحليلي ينطوى على مساعدة المسترشدون في البحث عن القوى المتصارعة المؤلمة في حياتهم من أجل توليد حلول جديدة إبداعية لمشكلات قديمة (Harris,1996).

أما الاتجاهات الأخرى في سيكولوجية ينج، فهى موجهة نحو التنوع والدمج. توجد ثلاث مدارس لسيكولوجية ينج: الكلاسيكية، النمائية، والنماذج الأصلية (Sanuels,1985). تؤكد المدرسة الكلاسيكية على دور الذات كبناء رئيسى في الشخصية، في حين تركز المدرسة النمائية على استخدام التحويل والتفسير للعمل خلال المشكلات المرتبطة بخبرات الطفولة، والمدرسة التكوينية والتي تتعلق أساسياً بالمكونات الأساسية (Spiegelman,1989).

يشير صامويلز (1989) إلى أن مدارس سيكولوجية ينج ينبغي أن ينظر إليها على أنها شكل من أشكال الصراع، حيث يعتقد بضرورة التشجيع على الفروق لتعزيز التطورات الإبداعية في سيكولوجية ينج. كما وسعت سيكولوجية ينج من آفاقها في محاولة لدمج النظريات الأخرى والمناهج الأخرى، ومن أمثلة ذلك استكشاف ساى مان ورفاقه (1988) لكيفية دمج نظرية النظم الأسرية في العلاج النفسي الزواجي لدى ينج.

يتم دمج مفاهيم ينج في تطوير عدد من الاختبارات النفسية مثل مايرز - بريجز، واختبار روشاخ (Douglas,2008). على سبيل المثال، يستفيد مايرز -بريجز من مفهوم- ينج للاتجاهات والوظائف من حيث الانبساط، والانطواء، والتفكير، والمشاعر. لقد أصبح مايرز - بريجز مألوفا لدى الأفراد الذين يريدون اكتساب فهم ذاتى، وللاستخدام في علم النفس المنظماتى والصناعي .(Mccrae&Costa,1989)

مناهج ينج الموجزة للإرشاد النفسي Jungian Brief Approaches to Counseling

العلاج النفسي التحليلي شكل طويل المدى من أشكال العلاج النفسي الموجهة نحو زيادة أداء الشخصية الى أقصى درجة ممكنة (Harris,1996). تقترح هاريس أنه بسبب القيود على طول وطبيعة الإرشاد النفسي التي تعرضها الرعاية المضبوطة، فإن على الأطباء المعالجين - في ضوء نظرية ينج - تنمية ممارسات مرنة، ومناهج مرنة أيضا. كما تشير الى أن مبادئ واستراتيجيات ينج تم تكييفها بنجاح للإرشاد النفسي محدود الزمن، والمركز على حل مشكلات معينة لدى المسترشدون من أعمار مختلفة وحالات اجتماعية اقتصادية مختلفة.

كما تعتقد هاريس أن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي طويل المدى لدى ينج يمكن أن تكون له قيمة كبيرة، خصوصا في الحالات التي تحتاج الى إعادة بناء الشخصية.ففى هذه الحالات، قد يعمل المحلل مع المسترشد لتقديم الخدمات الضرورية خارج القيود بواسطة الرعاية المضبوطة.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

القوة الأساسية في منهج ينج تكمن في النظرية الشمولية للمعرفة الأنسانية. لاحظ هول وليندزى(1978) ما يأتي :

"إن أصالة وجراءة تفكير ينج قليل ما يشبهها في التاريخ العلمى المعاصر، ولا يوجد إنسان آخر علاوة على فرويد قد فتح نوافذ مفاهيمية على ما يطلق عليه ينج" روح الإنسان (جوهر الإنسان) (p.149)

لقد كان لينج تأثيراً رئيسياً على العديد من سمات ومظاهر التفكير المعاصر، مثل الدين، والفن، الموسيقى، الأدب، والدراما (Douglas,2008) على سبيل المثال، فيما يبدو أن واهتمام ينج بالفلسفة الشرقية والروحانية قد لعبت دورا رئيسيا في الاهتمام المعاصر بالصحة الكلية واستخدام اليوجا والتأمل. اعتقد ينج أن الكلية والتوازن النفسي يحدثان عندما يتعلم العقل الشعوري واللاشعوري

العمل في تجانس. كما اعتقد بأن لدى الناس قدرة موروثة على النمو النفسي والعلاج الذاتي (Douglas,2008).

كما لعبت نظريات ينج أيضا دورا في تطور النظريات النفسية. على سبيل المثال، قد تم إضافة فكرة ينج عن الفردية الى النظريات النمائية مثل نظريات جيليجان ورفاقه (Douglas,2008) كما أن الرعاية العميقة التي قدمها ينج لعملائه أو شعوره بالأمل والتفاؤل قد وضع الأساس للنظريات الإنسانية لدى ماسلو ورفاقه (Douglas,2008). بالإضافة الى ذلك، فإن مفاهيم ينج قد أثّرت على إجراءات الإرشاد النفسي خصوصا استخدام الفنون الإبداعية مثل العلاج النفسي بالفن، والعلاج بالرقص (Douglas,2008).

استخدم ينج الفنون الإبداعية في إجراءاته العلاجية، حيث كان يشجع المسترشد على التعبير عن نفسه من خلال الفن أو الحركة التعبيرية، كما كان ينخرط هو نفسه في هذه العمليات ليصل الى فهم أفضل عن المسترشد (Douglas,2008) أثناء تحليله لنفسه، قام ينج ببناء قرية من الحجارة كوسيلة للعمل خلال بعض قضاياه (Douglas,2008) وهو مفهوم تم تعديله الى ما يسمى بالعلاج النفسي من خلال اللعب بالرمال (Allan&Brown,1993;Carmichael,1994)

ومع ذلك، حظيت سيكولوجية ينج ببعض النقد. فقد فقد تركيزه على اللاشعور الجمعي أكثر من أى مفهوم آخر في نظريته. يصر جلوفر (1950) على أن هذا مفهوم الطبيعة، وغير قابل للإثبات أيضاً، ويرى أن نظرية ينج تفتقر الى المفاهيم النمائية اللازمة لتفسير نمو العقل. لاحظ هول وليندزى (1978) أن كثيرا من الأخصائيين النفسيين قد وجدوا أن كتابة ينج" محيّرة "وغامضة، ومربكة، وغير منظمة"(p.148).

النظريات الكلاسيكية واستخدامها في الممارسة المعاصرة

The classic theories and their use in contemporary practice

قد يوجه الى النظريات الكلاسيكية لكل من: فرويد، أدلر، وينج النقد في أنها نظريات قد عفا عليها الزمن، أو أن استخدامها بالنسبة للأطباء المعالجين قليلة، كما أنه لا يمكن تطبيقها على الاتجاهات الحديثة مثل الإرشاد النفسي الموجز، والإرشاد النفسي التنوعى. على الرغم من صدق هذا النقد (والذى ينبغى أن يوضع في الاعتبار في الممارسة الكلينيكية)، إلا أن نقاط القوة في النظريات الكلاسيكية ممكن استخدامها من قبل الممارسين المعاصرين. الجزء التالى عبارة عن استعراض موجز لهذه النظريات ومدى ارتباطها بقضايا التنوع ومناهج الإرشاد النفسي الموجز.

قضايا التنوع في النظريات الكلاسيكية Diversity Issues in the Classic Theories

قضايا التنوع تستثير بعض الأسئلة التي تتعلق بالنظريات الكلاسيكية لفرويد، أدلر، وينج. قد

تكون النظرية الفرويدية هى المحدودة من المنظور عبر الثقافى. يميل فرويد الى التأكيد المفرط على القوى النفسية الداخلية مثل القوى النفسية الداخلية : التي تنتج من المنافسة بين الهو، والأنا، والأنا الأعلى، على حساب فهم القوى الاجتماعية الثقافية التي يمكن أن تلعب دورا في الأداء الإنساني. وعلى الجانب الإيجابي، كان فرويد متميزا في وصف القوى النفسية الداخلية، وأن التعرف على هذه القوى ضروري لفهم الناس بغض النظر عن الثقافة فيما يبدو أن أدلر وينج قد حققا توازنا بين المنظور النفسي الداخلي والمنظور الاجتماعي الثقافي.

قد ينطبق هذا على أدلر، الذي ركز على العمليات المعرفية (القوى النفسية الداخلية)، والاهتمام الاجتماعي (التطويق الاجتماعي)، وكل منهما يلعب أدواراً رئيسية في الأداء النفسي. كما سعى ينج أيضا الى تحقيق التوازن النظرى في محاولته لدمج الأعمال النفسية الداخلية للعقل الشعوري واللاشعوري مع القضايا الوجودية للروحانية، والسمو، والشمولية، والاستشفاء.

لابد من مراعاة قضايا الجنس عند الحديث عن النظريات الكلاسيكية. لقيت السيكولوجية الفرويدية هجوما من قبل المطالبين بالمساواة بين الرجل والمرأة، وغيرهم لعدة أسباب من وجهة النظر الأنثوية، فإن سيكولوجية فرويد من أفضل الأمثلة على كيفية عرض سيطرة الذكور في الأدبيات النفسية. هذه الروح المعادية للأنثى يمكن تفسيرها بشكل أفضل في مفهومه عن حسد القضيب (عقدة القضيب)، هذا الحسد الذى يكون لدى المرأة أثناء تقدمها خلال مراحل النمو النفسي - الجنسي.

فيما يبدو أن أدلر (وزميله دريكارس) وينج قد نجحوا أكثر من فرويد من حيث اعتبارات الجنس. لقد لعبت نظريات أدلر ودريكارس دورا هاما في تعزيز المساواة الاجتماعية بين الجنسين (Dreikurs,1971). فيما يبدو أيضا أن أعمال ينج يمكن تطبيقها بشكل جيد على قضايا الجنس بسبب دمجه للمفاهيم الشرقية، والتى تم دمجها في حركة الصحة الكلية، وحركة السعادة النفسية.

الإرشاد النفسي الموجز والنظريات الكلاسيكية Brief Counseling and the Classic Theories

على الرغم من أن النظريات الكلاسيكية (مع استثناء نظرية أدلر) قد طوّرت في الأصل كشكل من أشكال العلاج النفسي طويل الأمد، إلا أنها جميعا واعدة بالنسبة للأطباء المعالجين المهتمين بالإرشاد النفسي الموجز. أولا، وقبل كل شئ، تقدم النظريات الكلاسيكية للمرشدين النفسيين وسيلة شاملة لفهم ديناميكيات شخصية المسترشد قبل تطوير خطة العلاج وتطبيق التدخلات. على الرغم من أن مناهج الإرشاد النفسي الموجز لم تصمم لإعادة بناء الشخصية، إلا أن بعض الوسائل الشاملة لفهم ديناميكيات السلوك قد تبدو ضرورية في اى منهج للإرشاد النفسي.

كما أن النظريات الكلاسيكية تقدم مفاهيم وإجراءات أخرى مفيدة في الإرشاد النفسي الموجز. على سبيل المثال، يظهر مفهوم التشجيع لدى أدلر/ دريكارس على أنه مفهوم نفسي مهم، حيث إنه يمكن أن يعزز العلاقة الإرشادية الموجبة ويساعد المسترشدون على البدء في الإيمان بقدراتهم الموروثة، وهى نقطة محورية في الإرشاد النفسي الموجز بالإضافة الى ذلك، فإن تركيز ينج على

الصحة النفسية والسعادة النفسية يتناغم أيضا مع الإرشاد النفسي الموجز ومنهجه الإيجابي للمسترشدون أيضا. أصبح التحليل النفسي الفرويدي مناسباً للإرشاد النفسي الموجز من خلال مراجعة منهجه ليناسب الشكل غير المستهلك للوقت.

الخلاصة

تعتبر نظريات فرويد، أدلر، وينج نظريات كلاسيكية لدلالتها التاريخية ولشموليتها هذه النظريات تتقاسم بعض العناصر. ذكر فرويد وأدلر أهمية خبرات الحياة الأولى في تكوين شخصية الشباب، كما يؤكد فرويد وينج على دور القوى اللاشعورية في أداء الشخصية.

لكل نظرية من هذه النظريات بناءاتها وتوجهاتها النفسية الفريدة. اكد فرويد على دور الجنس، وطوّر النموذج النفسي الجنسي لنمو الشخصية، في حين فضل أدلر أهمية الاهتمامات الاجتماعية كقوة دافعة رئيسية في ديناميكيات الشخصية. أما ينج، فأشتهر بصياغته للاشعور الجمعي، حيث افترض أن كل الناس يرثون مجموعة من الذكريات منذ الميلاد، وتنتقل من جيل الى آخر. هذه المدارس الكلاسيكية الثلاث تستمر في تطورها من حيث النظرية، والبحوث، والممارسة بالإضافة الى ذلك، فإن لكل منها تأثيراً في ظهور العلاجات النفسية المعاصرة. فمعظم نظريات الإرشاد النفسي المعاصرة قد دمجت مفاهيماً نفسية من فرويد، أدلر، وينج، خصوصا الاعتراف الواسع بأهمية الخبرات الحياتية الأولى ووجود العمليات اللاشعورية. كما أن بعض مبادئ سيكولوجية آدلر كان لها تأثيرها في نشأة الممارسة الكلينيكية الحديثة (Corey,2009). كما أن مفاهيم آدلر عن الشمولية وعلم الظواهر تظهر في النظريات الخبراتية كما ساهم تركيز آدلر على المعرفة في المناهج السلوكية – المعرفية المعاصرة.تكمن قوة المدارس الكلاسيكية في تأسيسها لنظرية الشخصية، وتبدو هذه المدارس محدودة من حيث مناهجها للإرشاد النفسي والعلاج النفسي. ومن هذا المنظور، تحتاج المدارس الكلاسيكية للعلاج النفسي الى تنمية ودمج مع الممارسة الإرشادية الحديثة لتمكين الممارسين من تنمية برامج علاجية شاملة.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هو أكثر شئ أعجبك في مصطلحات النظريات الكلاسيكية لفرويد، أدلر، وينج ؟

2- أى نظرية أعجبتك أكثر ولماذا ؟

3- كيف يمكنك استخدام نظريات الشخصية المرتبطة بالنظريات الكلاسيكية لفهم السلوك ؟ أعطِ أمثلة.

4- لماذا تعتبر الأحلام "الطريق الملكي للاشعور"؟

الفصل 8

النظريات والمداخل الخبراتية:

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضاً للنظريات والمناهج الخبراتية للارشاد النفسي ، ويشتمل على الموضوعات الآتية:

- فن وعلم الإرشاد النفسي الخبراتي.
- نظرية الشخصية المتمركز حول الشخص، والإرشاد النفسي.
- نظرية الجشطالت للشخصية، والإرشاد النفسي.
- النظرية الوجودية للشخصية والإرشاد النفسي
- اتجاهات البحوث
- استعراض للعلاجات بالفنون الإبداعية للموسيقى، والفن، والرقص، والدراما، وبالقراءة، والصور المتعددة للعلاج النفسى بالفنون الإبداعية.
- المناهج الخبراتية الموجزة .
- قضايا التنوع.

فن وعلم الإرشاد النفسي الخبراتي

THE ART AND SCIENCE OF EXPERIENTIAL COUNSELING

يظهر فن وعلم الإرشاد النفسي والعلاج النفسي في النظريات والمناهج الخبراتية، حيث يلعب فن الإرشاد النفسي دوراً رئيسياً في الإرشاد النفسي الخبراتي. فالمرشدون النفسيون في الإرشاد الخبراتي- مثل الفنانين - يحاولون إظهار الجمال الخفي لدى المسترشدون. حيث يستخدمون أشكالاً إبداعية من الفنون (مثل الموسيقى، الفن، الرقص، الدراما، والقراءة) لمساعدة المسترشدون على اكتشاف القدرات التي يمكنهم استخدامها لتعزيز أداءهم النفسي.

تقوم العلاقة الإرشادية على علم النفس الإنساني، والذي يركز على فوائد إتاحة الفرصة للبحوث الإنسانية على الفرد لتحفيزه، وتعزيز العلاقات مع الآخرين . فالتفاعلات المفتوحة الصريحة شائعة، وتشجع على الفورية (العضوية) والتآصيل في العملية الإرشادية . بالإضافة إلى ذلك، فإن فن الإرشاد الخبراتي يسمح بالمواجهات العلاجية المكثفة، وفى هذه الحالات، قد يستخدم المرشد النفسي النمو الذاتى للانتقال إلى ما وراء التعاطف والفهم لاختبار - مباشرةً- سعادة المسترشد أو معاناته.

أما علم الإرشاد الخبراتي، فيقدم الموضوعية كتوازن ضروري لفن الإرشاد النفسي. الإرشاد الخبراتي يمكن أن يكون مرهقاً وجدانياً ومادياً للمرشدين النفسيين والمسترشدون. إن علم الإرشاد النفسي الخبراتي يراقب درجة القوة النفسية، ويمكن المرشد النفسي والمسترشد من التخطيط لبرنامج علاجي واقعي ومثمر.

يرتبط علم الإرشاد النفسي الخبراتي مباشرة بمنهجية البحث، فقد لعب المنظرون في الإرشاد النفسي الخبراتي أمثال كارل روجرز (ومنهجه المتمركز حول الشخص) دوراً رئيسياً في البحوث الإرشادية . لقد كان روجرز على وعي بالعلاقة المتداخلة بين النظرية، والبحوث، والممارسة. (Hepper et al., 1984) حيث طور نظريته المتمركزة حول الشخص بناءً على البحوث التجريبية والممارسات الإكلينيكية المكثفة، ومهد الطريق للإجراءات البحثية والإستماع إلى الأشرطة الإرشادية للحصول على فهم عن عملية التغير في الإرشاد النفسي (Greenberget.1994) يمكن أن يعود الاهتمام بعملية التغيير الى الأعمال الأولى لروجرز (Greenberget.1994) .

أما الاتجاهات الأخرى في بحوث الإرشاد النفسي الخبراتي، فتركز على تحليل تأثير استراتيجيات الإرشاد النفسي الخبراتي (مثل أسلوب المقعد الخالى في نظرية الجشطلت) على عملية التغيير . هذا الخط من البحوث نوعي في طبيعته، ومن خلال ذلك يحاول المرشد النفسي والمسترشد اكتشاف (كباحثين مشتركين) الفروق الدقيقة لعملية التغيير، ولقد وجهت بحوث عديدة في الإرشاد النفسي الخبراتي نحو هذا النوع من المنهجية (Greenberg, et al.,1994). كما أوضحنا في الفصل السادس، ينصح بالحفاظ على اتجاه متعدد الثقافات من خلال فن وعلم الإرشاد النفسي . فيما يبدو أن النظريات الخبراتية مثل الوجودية تعزز هذا الاتجاه، لأنها تشجع على استكشاف المفاهيم الفلسفية – مثل معنى الحياة. تنطوي النظريات الخبراتية على عمل التعديلات اللازمة لهذه النظريات من خلال الاستفادة من نتائج البحوث متعددة الثقافات، والمحافظة على الحساسة لحاجات المسترشدون.

الإرشاد النفسي الخبراتي EXPERIENTIAL COUNSELING

يبدأ هذا الفصل بتقديم استعراض لثلاث نظريات ومناهج رئيسية للإرشاد النفسي، والتى تؤكد على العمليات الخبراتية: المتمركزة حول الشخص، الجشطلت، والوجودية. أما الجزء الأخير من الفصل، فيصف العلاج النفسي بالفنون الإبداعية: الموسيقى، الفن، الدراما، والرقص بالإضافة إلى العلاج النفسي بالقراءة، والعلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعددة الصور. الطابع العام الذي تتقاسمه هذه النظريات هو تأكيدها على أهمية الجانب الخبراتي للإرشاد النفسي.

النظريات الخبراتية EXPERIENTIAL THEORIES

تركز النظريات الخبراتية على ما يمر به المسترشد من خبرة أثناء العملية الإرشادية. في الإرشاد المتمركز حول الشخص، يتم تشجيع المسترشد على إختبار الذات بأسلوب مفتوح ومرن (Raskin& Rogers, 2005). إن تركيز الإرشاد النفسي الجشطلتي يتمثل في مساعدة المسترشدون على الوعي بما يفكرون وما يشعرون به في اللحظة الحالية. يشير العلاج النفسي الخبراتي الى أن المسترشد يمكنه الحصول على معنى شخصي من خلال اختبار الفرح والحزن في الحياة. من وجهة نظر خبراتية، فإن القلق يمكن آن يعطي معلومات أيضاً. تحافظ النظريات الخبراتية على التوجه الإنساني فيما يتعلق بطبيعة الناس، حيث تميل هذه النظريات الى رؤية الناس على أنهم إيجابيون بالفطرة ولديهم ميل لتحقيق الذات. لذا، إن النظريات الخبراتية قد تكون جذابة من الناحية العملية للمرشدين النفسيين الذين يشتركون معها في هذه النظرة التفاؤلية. جدول (17) يقدم استعراضاً لهذه النظريات الثلاث:

جدول (17) استعراض للمناهج الخبراتية

النظرية	المؤسس	المفاهيم الأساسية	العملية الإرشادية	الأساليب
المتمركزة حول الشخص	كارل روجرز	هناك ميل فطري لتحقيق الذات لدى الأفراد! دور الذات والإطار المرجعي الداخلي للمسترشد في ديناميكيات الشخصية	تنطوي على عملية (لــــو... إذاً): إذا تحققت شروط معينة (مثل ايصال التعاطف)، إذاً سوف يتحرك المسترشد نحو تحقيق الذات	على الرغم من عدم تحديد الأساليب، إلا آن المنهج يحتاج إلى استخدام مهارات الاستماع لتحقيق التعاطف وتحقيق الشروط الرئيسية الأخرى.
الجشطالتي	فريتزبيرلز	منظور وجودي دافعي، يتحول الفرد من الاعتماد الى الاستقلال، ويندمج ويتمركز حول الحاضر	ينطوي على الحوار بين المعالج والمسترشد، ومن خلال ذلك يصبح المسترشد على وعي بما يحدث في الوقت الحاضر	يقوم المعالج بلعب الأدوار، ويستخدم أساليب تساعد المسترشد على الوعي، والتركيز في الحاضر. بعض هذه الأساليب يشمل المقعد الخالي واستخدام الضمائر

العلاج النفسي الخبراتي	فيكتور فرانكل، جيمس يوجينتال، رولومان، ارفين يالوم	فردية الفرد، البحث عن المعنى، دور القلق، حرية المسؤولية، ويكون ولا يكون.	يؤكد على دور العلاقة الإرشادية في كل الأساليب. يمكن ان تتمثل أهداف الإرشاد في البحث عن المعنى الشخصي والوعي	الشخصية الانعكاس المتناقضة. واللاإنعكاس، والمواجهة الوجودية.

العلاج النفسي المتمركز حول الشخص person - centered therapy

المعلومات الخلفية Background Information

ولد كارل روجرز(1902 – 1987) لأسرة محافظة، لها معايير دينية صارمة (Rogers, 1961). وفى عام 1931، حصل روجرز على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكى من كلية المعلمين، جامعة كاليفورنيا .ثم باشر روجرز عمله، حيث تقلد منصباً كأخصائي نفسي في عيادة توجيه الطفل بروتشيستر، نيويورك. بعد ذلك بقليل، عام 1939، ألف كتابه الأول: العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل، والذى يقوم على خبراته في مركز الإرشاد والتوجيه، وهذا كان له دور في حصوله على درجة الأستاذية في علم النفس في جامعة ولاية أوهيو. وفى عام 1940، بدأ روجرز في صياغة منهجه للإرشاد النفسي والعلاج النفسي، وتوالت منشوراته عن الارشاد النفسي والعلاج النفسي عام 1942.من عام 1945، الى عام 1964 تقلد روجرز مناصب أكاديمية في جامعة شيكاغو، وجامعة ويسكونسين. أثناء هذه الفترة، كان قادراً على متابعة إعداد منهجه الشخص، واستكشاف تطبيقه في التربية العملية الجمعية، والإرشاد النفسي والعلاج النفسي . ذكر روجرز انه مر بتجربة سلبية مع زملاءه الأكاديميين في جامعتى ولاية أوهوور ولسيكونسين (Heppner et., 1984) .

فقد انتابه شعور بان زملاءه لايحبونه، على الرغم من انه لم يمكن يتعالى عليهم.ليس بمستعرب أن روجرز فضل الطلاب الخرجين أو الناس خارج القسم كأصدقاء (Heppner et al., 1984) وفى عام 1964، ترك العمل الاكاديمى اثناء سنواته الاخيرة من حياته العلمية، عمل روجرز في معهد في كاليفورنيا، ومازال هذا المعهد الى اليوم يقدم فرصاً تدريبية في الارشاد النفسي المتمركز حول الشخص.

نظرية الشخصية Theory of Personality

إن لدى النظرية الشخصية في الإرشاد النفسي المتمركز حول الشخص توجهاً إنسانياً، يركز على علم الظواهر ودور الذات في الأداء النفسي، فيما يلي نقدم استعراضاً لروجرز في الشخصية:

وجهة النظر عن الطبيعة البشرية: كان لروجرز (1951) وجهة نظر إيجابية عن الطبيعة البشرية، حيث أشار إلى وجود ميل فطري في تحقيق الذات لدى الأفراد. فقد كان اعتقاد روجرز أنه إذا وجدت الظروف الصحيحة، فإن الناس سوف يتقدمون بشكل طبيعي نحو تحقيق الذات. تؤكد نظرية روجرز على المنظور الظواهراتي أو الدوافعي، حيث تشير إلى أن الإطار المرجعي الداخلي للفرد هو النقطة الأفضل لفهم الشخص.

المفاهيم الرئيسية: يذكر راسكين و روجرز(2005) أن الثقة هى المفهوم الأساسي في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص. تشير هذه النظرية الى إمكانية الثقة بالمسترشدون لتحقيق أهداف معينة ومراقبة تقدمهم نحو هذه الأهداف، وكل هؤلاء الأفراد لديهم ميول فطرية لتحقيق الذات. يمكن اشتقاق مفاهيم أخرى عديدة من نظرية الشخصية لدى روجرز (1951)، والتى وصفها في 19 مقترحاً. تركز المفاهيم الرئيسية على دور الإطار المرجعي الداخلي للفرد، والذات في فهم ديناميكيات السلوك. المقترحات الأربعة التالية تميز نظرية الشخصية لدى روجرز:

1- ينفعل الناس نحو المجال الظواهرتي أثناء اختيارهم له وإدراكهم له : إن المجال الظواهراتي للفرد هو الإطار المرجعي الداخلي له لفهم وإدراك العالم. يشير هذا المقترح أن إدراك الفرد سوف يتأثر بخبراته الماضية.

2- أفضل نقطه نفهم منها السلوك هى الإطار المرجعي الداخلي للفرد: هذا المقترح يرتبط بشكل منطقى بالمقترح الأول. نظراً لان إدراك كل فرد فريد، فإنه يمكن فهمه فقط من الإطار المرجعي الداخلي له . لذا، فإن روجز يدافع عن تنمية المنظور الظواهراتي، الذي ينطوي على فهم الأشياء من منظور المسترشد.

3- يميل الناس الى التصرف بأسلوب ينسجم مع مفهومهم للذات : الذات هى مركز الكائن الحى، وتتكون من كيف يرى الشخص ذاته في علاقتها بالآخرين. تحاول الذات تعزيز النتائج داخل الكائن الحى، من خلال تقوية وتشجيع السلوك المنسجم مع وجهة نظر الفرد عن الذات.

4- كلما أدرك الناس الخبرات وتقبلوها أكثر، كانت لديهم ميول أكثر لقبول وفهم الآخرين: ينظر الى التقبل الذاتى والفهم الذاتى على أنها عوامل مساهمة في فهم وتقبل الآخرين كأفراد فريدين.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

يمكن وصف نظرية العلاج المتمركز حول الشخص لدى روجرز على أنها منهج (لو .... إذاً)، لو وجدت ظروف معينة في العلاقة الإرشادية، إذاً سوف ينتقل المسترشد نحو تحقيق الذات (Rogers, 1961) حدد روجرز (1951) الظروف الرئيسية الثلاثة الآتية على أنها ضرورية وكافيه لحدوث التطور الشخصي:

1- شجاعة المرشد النفسي: شجاعة المرشد النفسي تعني أن يكون المرشدين النفسيون منسجمون بين ما يختبرون، وما يوصلون (شعورهم- سلوكهم). على سبيل المثال، عندما يشعر المرشد النفسي بالتهديد من المسترشد، فمن غير المناسب أن يقول بأنه سعيد لوجوده مع المسترشد، حيث إن هذا سيوصل رسالة مزدوجة محيّرة، وبالتالي لن يكون المرشد النفسي واضحاً، ولا واقعياً.

2- الفهم التعاطفي: يحاول المرشد النفسي فهم المسترشد من الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد. ينطوي هذا المنظور الظواهراتي على فهم ما يفكر فيه المسترشد، وما يمر به، وما يختبره، وينطوي أيضاً على ايصال هذا الفهم إلى المسترشد.

3- الاحترام والتقبل الايجابي غير المشروط: يعتقد روجرز إنه من الضروري للمرشد النفسي أن يوصل الشعور بالتقبل والاحترام الى المسترشد. هناك بعض سوء الفهم لما يعنيه روجرز من الاحترام الايجابي غير المشروط فهو لم يقصد أن على المرشد النفسي أن يتحمل، ويقبل أى شئ يصدر عن المسترشد (Mar tin, 1989)، إلا أنه يعتقد أن على المرشد النفسي أن يحاول "الفصل بين الفعل والفاعل". (Martin , 1989). ينبغى أن يقبل المرشد النفسي المسترشد كشخص جدير بالاحترام على الرغم من أن سلوك المسترشد قد يكون غير مناسب (Rogors et al., 1967).

بالإضافة الى هذه الظروف الرئيسية التي يقدمها المعالج النفسي، حدد روجرز (1957) ثلاثة ظروف أخرى لابد من حدوثها من أجل نجاح الإرشاد النفسي. الظرفان الأول والثانى يعتبران ظروفاً قبلية للعلاج النفسي: حيث يكون المعالج النفسي والمسترشد في تواصل نفسي، أو على وعى بوجود كل منهما، وأن يمر المسترشد بعدم الراحة في الحياة حتى يكون لديه الدافع لطلب العلاج النفسي.أما الشرط الثالث، فيتمثل في أن المسترشد لابد أن يكون قادراً على الإدراك الدقيق. واختبار الشروط الرئيسية التي يضعها المعالج النفسي.هناك عدد من الأهداف والنواتج العلاجية تظهر في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص. هذا الأسلوب العلاجي فريد في أنه لا يحاول حل المشكلة الحالية للمسترشد، الا أنه يساعد المسترشد في عملية النمو ليصبح فرداً عاملاً.يحدد روجرز (1961) التغيرات التي قد تحدث أثناء انتقال المسترشد نحو تحقيق الذات:

- الانفتاح على الخبرة: المسترشدون قادرون على رؤية الواقع بدون تشويه ليناسب البنية الذاتية المُدركة مسبقاً. وبدلاً من العمل من منطلق نظام اعتقادي صارم، يهتم المسترشدون باستكشاف الآفاق الجديدة.

- الثقة بالذات: في البداية، تكون لدى المسترشدون شكوك ذاتية، فقد يعتقدون بأنه لا جدوى مما يتخذون من قرارات – حيث تكون خطأ. وعندما تتقدم عملية العلاج النفسي، يمكن أن يتعلم المسترشدون الثقة في أحكامهم، وتصبح لديهم ثقة بالنفس.

- المصدر الداخلى للتقييم: يركز العلاج النفسي المتمركز حول الشخص على تعزيز نمو وجهة الضبط الداخلية، وهذا يحدث عندما يتم تشجيع المسترشدون على استكشاف اختياراتهم، وحثهم على عدم الاعتماد على الآخرين في توجيه سلوكهم.

- الرغبة في استمرار التطور: نتيجة للعلاج النفسي المتمركز حول الشخص، سوف يدرك المسترشدون أن تحقيق الذات عملية، وليست هدفاً نهائياً. من هذا المنطلق فإنه، لن يكون أحد محققاً لذاته مطلقاً. بدلاً من ذلك، فإن الشخص الذى يؤدي أداءً تاماً (يحقق اهدافه) تكون دائماً في حالة استمرار.
- الأساليب: يقلل روجرز (1951,1961) من أهمية استخدام الأساليب، فبدلا من الاعتماد على الأساليب، أكد روجرز على أهمية العلاقات الإرشادية، حيث يعتقد بأن العلاقة الإرشادية يمكن أن توجد ظروفاً رئيسية ضرورية كافية ليحقق المسترشدون لذواتهم . يستخدم المعالج النفسي في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص مهارات الاستماع لتوصيل الفهم التعاطفى ومساعدة المسترشد في اكتشاف الاختيارات (الفصل الثالث يحتوى على صورة موجزة تقدم مثالاً لمهارات الاستماع –فى ضوء نظرية روجرز –، ومعلومات أخرى تتعلق بمفهوم الشروط الرئيسي لدى روجرز في الإرشاد النفسي). ير ى موون (2007) أنه يمكن فهم اتجاه روجرز بشكل أفضل من حيث توجهاته نحو المسترشدون، من خلال حياة روجرز " فقد كرس حياته لاختبار مدركات، ومعانى، ومقاصد، ورغبات المسترشد، وليس لدية أهداف أخرى مع المسترشد (Moon , 2007 ,p. 283).

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

لقد أسهم كارل روجرز إسهاماً ظواهراتياً في الإرشاد النفسي، حيث كان الشخصية الرئيسية وراء الحركة الإنسانية. بالإضافة الى ذلك، تم دمج العديد من مبادئ العلاج النفسي المتمركز حول الشخص في العلاقات النفسية المعاصرة الأخرى . على سبيل المثال، عادةً ما تستخدم مهارات الاستماع للمساعدة في إنجاز علاقة موجبة، والحصول على فهم ظواهراتي عن المسترشد، وتحسين الظروف الرئيسية التي حددها روجرز. هناك دراسات عديدة تؤيد نظرية روجرز صلاحيتها للتطبيق على مدى واسع من الإجراءات الإرشادية. يذكر واتكينز(1993) انه يمكن استخدام العلاج النفسي المتمركز حول الشخص في الممارسات المعاصرة للقياس النفسي، مثل الحفاظ على التركيز المتمركز حول الشخص لضمان أن المسترشد يفهم ويمكنه استخدام نتائج الاختبارات واستخدام الشروط الميسرة (مثل مهارات الاستماع والشروط الرئيسية) لزيادة استعداد المسترشد للانخراط الايجابي خلال عملية التقييم . ففي دراسة هدفت الى الكشف عن العلاقة بين التقدير الذاتي، ومصاحبة شخص يوصل الشروط الرئيسية للتعاطف، التقبل غير المشروط، والتجانس، أظهر كرامر (1994) علاقة موجبة بين تقدير الذات ومصاحبة الشخص الذى يخلق كل هذه الظروف الرئيسية. وجدت الدراسة النوعية لميريل و اندرسون (1993) عن نظرية روجرز أنه عند تطبيق الشروط الرئيسية على العلاج النفسي بالفن الابداعى، حقق المسترشدون تقدماً في الوعى الذاتي، والثقة بالنفس، وأخذت المخاطرة، والاستكشاف الذاتي. أحد العيوب في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص يتمثل في أن الأهداف الإرشادية غير واضحة، وتخلق غموضاً في العملية الإرشادية، كما يذكر آشر (1989) أن والاتجاه المتمركز حول الشخص منفتح على التحيزات عبر الثقافات المتعددة لأنه يؤكد على

الاستقلالية والفردية. بالإضافة الى ذلك، فإن البحوث تشير إلى أن الشروط الرئيسية لروجرز ليست كافية، وليست لازمة، ولكن يمكن النظر إليها بشكل دقيق على أنها تساعد على تغير الشخصية (Gelso & Carter , 1985 Gelso & Fretz , 1992).

نظرية الجشطالت GESTALT TERAY

المعلومات الخلفية Background Information

ولد فريدريك "فريدز" إن . بيرلز (1893–1970) -مؤسس العلاج النفسي الجشطالتي- في بيرلين. كان بيرلز في البداية طالب في نظرية التحليل النفسي، ثم انتقل الى الولايات المتحدة وبدأ في تطوير معالجة الجشطالت، وساعد في تأسيس معاهد الجشطالت في نيويورك في عام 1952، وفى كليفيلاند في عام 1954.

لقد أشتهر بيرلز بالأعمال التي قام بها في معهد إسيالين، في بيج سور، كاليفورنيا، حيث أقام هناك كمعالج نفسي مشارك منذ عام 1964 عام 1969، وكانت هذه هى الفترة الأكثر إنتاجية في حياة بيرلز. وفى عام 1969، نشر بيرلز كتابين من أفضل كتبه: حرفية العلاج النفسي الجشطالتي، وكتاب داخل وخارج سلة المهملات، توفى بيرلز بعد عام، بعدما غادر معهد إيسالين لتأسيس مجمع الجشطالت في جزيرة فانكوفر في كولومبيا الانجليزية .

نظرية الشخصية Theory of Personality

تؤكد نظرية الجشطالت للشخصية على مفاهيم علم الظواهر، والاستقلالية، وتمركزها حول الحاضر . وفيما يأتي استعراضاً لنظرية الجشطالت للشخصية:

- وجهة النظر عن الطبيعة البشرية : مثل النظرية المتمركزة حول الشخص، فإن الجشطالت تنظر إلى الطبيعة البشرية على أن الناس يحددون مصائرهم بأنفسهم، ويناضلون من أجل تحقيق الذات، كما يمكن فهم الطبيعة البشرية من المنظور الظواهراتي. مصطلح الجشطالت مأخوذ من مبادئ علم النفس الجشطالتي، والذى يشير الى أن الناس كل، يتألف من أجزاء مترابطة من الجسم، والوجدان، والأفكار، والأحاسيس، والمدركات. كل جانب من جوانب الشخص هذه يمكن أن يفهم فقط ضمن سياق الشخص الكلي وبالتالي فإن الكل لا يساوي مجموع الأجزاء.
- المفاهيم الرئيسية : يحدد بيرلز (1969)، يونتف و جاكريز (2008) المفاهيم الرئيسية التالية المرتبطة بالعلاج النفسي الجشطالتي:

1- المنظور الظواهري- الوجودي: يعمل المعالج النفسي الجشطالتي من منظور ظواهري – وجودي. من هذا المنظور، فإن المعالج النفسي يحاول فهم المسترشدون من منظور المسترشدون، ويساعد المسترشدون على اكتساب المعنى الشخصي من وجودهم.

2- مساعدة المسترشدون على الانتقال من الاعتمادية الى الاستقلالية: أشار بيرلز إلى هذا المفهوم عندما قال أن العلاج النفسي الجشطالتي يساعد المسترشدون على أن يتجاوروا الدعم البيئي إلى الدعم الذاتي. عندما يسعى المسترشدون في طلب الإرشاد النفسي، فإنهم يميلون إلى توقع الدعم البيئى، مثل إعادة الطمأنينة من المرشد النفسي. يتجنب المعالج النفسي الجشطالتي تعزيز اعتمادية المسترشدون، ويساعد المسترشد على أن يكون شخصاً مستقلاً. غالباً ما يقاوم المسترشدون الانتقال نحو الدعم الذاتى لأنه مصدر تهديدي لهم. وعندما يحدث ذلك،فإن المعالج النفسي الجشطالتي يشعر بالإحباط ويواجه المسترشدون لمساعدتهم على العمل تجاوز هذه الحالة.

3- التمركز حول الحاضر: يعتقد بيرلز أنه لا يوجد شئ سوى الحاضر، حيث إن الماضى قد ولى، والمستقبل لم يأتي بعد. ومن هذا المنطلق، فإن تحقيق الذات متمركز حول الحاضر وليس موجهاً بالمستقبل، كما أنه يحتاج من المسترشد إلى التركيز على الحاضر، والوعى بما يمر به من خبرات. من المنظور الجشطالتي، يُشار الى التمركز حول الحاضر على أنه تواصل. يمكن أن يحدث القلق عندما لا يركز المسترشدون على الحاضر، ولكنهم ينشغلون مسبقاً بالمستقبل . وعندما يحدث ذلك، فإن المسترشدون ربما ينمون قلقاً زائداً عن الحد بشأن ما يمكن أن يحدث، ويفقدون الاتصال مع ما يحدث الآن. قد تكون صعوبات الماضى مسببة للمشكلات، وينتج عنها ردود فعل وجدانية مثل الغضب، الشعور بالذنب، أو الاستياء. عدم الوعى "بالأعمال غير المكتملة " يمكن أن يتداخل مع أداء الفرد في الحاضر ينظر الى الاستياء على أنه أسوأ أنواع الأعمال التي لم تكتمل، وأكثرها تكراراً. يعتقد بيرلز أن الاستياء غير المعبر عنه يتحول في الغالب الى شعور بالذنب. على سبيل المثال، قد يجد شخص ما أن ابنته تربطها علاقة مشبوهة مع زميلاتها، وبالتالي يصبح غاضباً ومستاءً، ولسوء الحظ، لا يعبر عن هذا الاستياء، بدلا من ذلك، يتساءل عما كان بإمكانه أن يفعل ليمنع هذه العلاقة، مما ينتج عنه شعور بالذنب.

4- التجريب: يشجع العلاج النفسي الجشطالتي المسترشدون على تجربة شئ ما جديد للوصول الى فهم واضح. إن التجريب يتخطى الحالة الراهنة وينطوي على التفكير والفعل مقابل التغيير السلوكي . كما أن التجريب يولد بيانات عن المسترشد يمكن استخدامها للحصول على فهم ظواهري عن خبرة المسترشد.

5- الصحة: من منظور الجشطالت، فإن الصحة تتطلب:

- التنظيم الذاتى (إشباع حاجات الفرد من خلال الوعى، الأولويات، والتنظيم، والاستفادة من السلوك المناسب).
- الاتصال بالمجال البيئى للفرد (التركيز على الحاضر فيما يخص ذات المرء في علاقتها بالهيئة).

6- التركيز على العلاقة: يرى العلاج النفسي الجشطالتي أداء الشخصية بلغة علائقية وسياقية (علاقة الذات بالآخرين)- يؤكد الاتجاه العلائقي على وجود العلاقة المتداخلة بين الفرد والبيئة.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

العملية الإرشادية في العلاج النفسي الجشطالتي خبراتية . فهي تركز على ما يحدث في الحاضر (Yontef& Jacobs, 2008). "يمكن اعتبار التغيرات والشروحات أقل صدقاً مما يمكن إدراكه والشعور به مباشرة" (Yontef & simkin, 1989) ينطوي العلاج النفسي الجشطالتي على الحوار بين المعالج النفسي والمسترشد، والذي يختبر فيه المسترشد - من الداخل - ما يلاحظه المعالج النفسي من الخارج (Yontef & simkin, 1989). يشير ووروور وجرينيرج (2000) إلى أن العلاج النفسي الجشطالتي قد تحول من التركيز على الأساليب الى العلاقة بين المرشد النفسي - المسترشد على أنها المفتاح لعملية التغيير .الأهداف التي تظهر في العلاج النفسي الجشطالتي ليست قاصرة على هموم المسترشد فالهدف الوحيد الوعي، والذي يشتمل على معرفة البيئة، المسؤولية عن الاختيار، المعرفة الذاتية، والتقبل الذاتي (Yontefef & Jacobs, 2008). يحدد باسون (1975) المشكلات الشائعة التي يمكن أن تعوق تقدم المسترشد في العلاج النفسي الجشطالتي يمكن أن تظهر هذه المشكلات مع المسترشدون الذين يعتمدون بشكل واضح على الآخرين ويفتقدون المسؤولية الذاتية، ولا يتواصلون مع العالم من حولهم، ويسمحون للخبرات المعقدة من الماضي بأن تتداخل مع وعيهم بما يحدث الآن، ويتبرأون من حاجاتهم، ويعرفون أنفسهم من خلال مصطلحات مطلقة "إما ....أو" .

الأساليب Techniques

الثقة هي ما يميز المنهج الجشطلتي (Levitsky& Simkin, 1972).من الضروري بالنسبة للمعالجين النفسيين أن يكونوا محل ثقة، حيث لايمكنهم تعليم ما لا يعرفونه، لذا، فإن التدريب في معاهد الجشطالت يركز على أن يلعب المتدربون دور المسترشدون، كما أن المعالج النفسي الجشطالتي يستفيد أيضاً من العديد من الأساليب "الآن أنا على وعي"، و"المقعد الخالي" .

المسؤولية المزعومة: تتطلب من المسترشد إعادة صياغة العبارة بلغته هو من اجل افتراض المسؤولية. على سبيل المثال، يمكن أن يطلب من مسترشد أن ينهي كل العبارات ب"أنا مسؤول عنها" . كما إنه قد يطلب من المسترشد تغيير "لا استطيع" الى "لن ..."،أو "لكن" الى "و" على سبيل المثال، بدلاً من القول "أريد أن أظهر في الصورة ولكن لا أتدرب"، يقول المسترشد "أريد أن أظهر في الصورة و لا أتدرّب" .

استخدام الضمائر الشخصية : يشجع المسترشدون على تحمل المسؤولية حيث يقولوا "أنا"، بدلاً من استخدام التعميمات "نحن" أو "الناس" .سوف يميل المسترشدون الى امتلاك أفكارهم ومشاعرهم من خلال القول:"يفزعني التفكير في الذهاب إلى الجامعة" . أكثر من القول "أخاف أن يذهب الناس إلى الجامعة" .

الآن، أنا على وعي: أسلوب يمكن أن يساعد المسترشدون على التواصل مع الذات .أحد الطرق لاستخدام هذا الأسلوب هو أن تجعل المسترشد يغمض عينه لتشجيعه على التواصل مع عالمه

الداخلي، ويقول "الآن، أنا على وعي "قبل كل عبارة .على سبيل المثال الآن أنا على وعي بتنفسي" "الآن أنا على وعي ببعض الاضطرابات في معدتي"، "الآن أنا على وعي بالشعور بالارتباك، والشعور الذاتي بأن عيني مغمضتين"،" الآن، أنا على وعي بمشاعر الخوف من شئ ما، ولكن لا أعرف هذا الشئ "، هذا التدريب يمكن أن يستمر حتى يفتح المسترشد عينه حتى يصبح على وعي بنفسه في علاقته بالبيئة.

المقعد الخالي: أسلوب يمكن استخدامه لمساعدة المسترشدون في العمل خلال الأجزاء المتصارعة من شخصيتهم، مثل صراع الاقتراب- التجنب. على سبيل المثال، قد يرغب مسترشد في ان يطلب من والده أن يخرج مع أصدقائه ولكنه يخاف من الرفض، ينطوي أسلوب المقعد الخالي على وضع مقعد خالٍ أمام المسترشد. ثم تخبر المسترشد بأن الجلوس في المقعد الخالي هو جزء من شخصيته الذي لا يريد أن يطلب من والده الخروج مع زملائه. ثم يتم تشجيع المسترشد على البدء في الحوار مع المقعد الخالي، ويذكر له لماذا يريد أن يخرج مع أصدقائه.

بعد أن يعبر المسترشد عن الجانب الايجابي من الحوار، يطلب منه أن يجلس في المقعد الخالي، ويعطي مبررات لعدم رغبته في أن يطلب من والده الخروج مع أصدقائه. يستمر المسترشد في هذه الطريقة إلى أن تحل القضية . يمكن أن يكون أسلوب المقعد الخالي مفيداً في مساعدة المسترشدون على العمل خلال الأعمال غير المكتملة بحيث تتمركز حول الحاضر.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

قد يكون العلاج النفسي الجشطالتي مناسباً للمسترشدون الذين يفتقرون الى الوعي الذاتي، والشعور "بانقطاع الاتصال" مع أنفسهم .تقدم العديد من الدراسات البحثية تأييداً لفعالية العلاج النفسي الجشطالتي. فقد وجد جينان & فاولدز (1970) أن المسترشدون قد أصبح لديهم زيادة في تحقيق الذات، ومفهوم الذات بعد العلاج النفسي الجشطالتي، كما وجد كلارك وبريبرج (1986)أ ن أسلوب المقعد الخالي أكثر فعالية من أساليب حل المشكلات في حل الصراعات المتعلقة باتخاذ القرارات، أيضاً ذكر بايفو و جرينبيرج (1992) أن حوار المقعد الخالي فعال في حل القضايا الانفعالية المقعدة التي لدى المسترشدون تجاه الآخرين، العيب الرئيسي في المنهج الجشطالتي أنه يفتقر إلى قاعدة نظرية، فيما يبدو أنه يؤكد على أساليب العلاج النفسي أكثر من تقديم أساس نظري عميق لفهم السلوك الإنساني أو أكثر من كونه منهجاً شاملاً للعلاج النفسي، نحن في حاجة إلى المزيد من البحوث عن الأساليب الجشطلتية، والمبادئ الجشطلتية.

العلاج النفسي الوجودي EXISTENTAL THERAPY

المعلومات الخلفية background Information

ليس هناك فرد واحد هو المسؤول عن تطوير العلاج النفسي الوجودي، حيث إن الأصول النظرية للعلاج النفسي الوجودي يمكن أن تقود الى الفلسفة ذات الوجهة الوجودية، وقد لعب نتيزيك ورفاقه

أدوراً موثرة، على سبيل المثال، يشير بوبر (1970) إلى أن الناس لا يوجدون كأفراد منعزلين، إلا أنهم يعملون في حالة من الوجود بين المرء (أنا) والآخرين. كتب كثير من الناس كتباً عديدة عن العلاج النفسي الوجودى، بما فيهم فيكتور فرانكل (1963 , 1967 ,1971, 1978)، رولو ماى (1953, 1961, 1977)، إيرفين يالوم (1980)، وجيمس بيرجينتال (1976). إلى حد بعيد، فإن المفاهيم الأساسية والمعتقدات الأخرى عن العلاج النفسي الوجودي المحددة في هذا الجزء تمثل دمجاً لهؤلاء المنظرين الرئيسيين في العلاج النفسي الوجودي.

نظرية الشخصية Theory of personality

العلاج النفسي الوجودي يرى كل كفرد يناضل لاشتقاق المعنى في الحياة، ويركز على محاولة فهم الحالة الإنسانية – كما انه يرفض وجهة النظر الثابتة عن الطبيعة الإنسانية، ويشير بدلاً من ذلك إلى أن كل شخص لابد أن يعرف وجوده الشخصي. يشير ماى ويالوم (2005) إلى أن الموت، الحرية، والعزلة، واللامعنى تمثل هموماً إنسانية بينها علاقة متداخلة، وتميز النظرية الوجودية للشخصية. ويمثل الموت فيها الهم الأخير. يرتبط المعنى الشخصي الثقة بمواجهة الموت.أما حرية اختيار مواجهة الحقائق المرتبطة بالموت (مثل الخوف من العزلة، والانفصال التام)، فهي ملازمة للتغلب على اللامعنى.

المفاهيم الأساسية Key Concepts

المفاهيم الأساسية المرتبطة، بالعلاج النفسي الوجودي (May &Yahom, 2005):

1- **ندرة الفرد:** تشير النظرية الوجودية الى أنه لا يوجد اثنان متشابهان – فكل فرد فريد وليصبح الفرد على وعى بفرديته، فمن الضروري أن يواجه ذاته كفرد مستقل ومميز. الجزء الهام في هذه العملية هو أن يمر بخبرة الوحدة الوجودية، وهذه قد تكون خبرة مؤلمة حيث يحاول الفرد مواجهة معنى الوجود – إن اكتشاف القدرة على الاستقلالية يمكن أن تيسر هذه العملية.

2- **البحث عن المعنى:** ظهر منهج العلاج بالكلام لدى فيكتور فرانكل (1963,1967,1978) من خبرته كسجين حرب في معسكر اليهود أثناء الحرب العلمية الثانية. وصف فيكتور هذه الخبرات، بالإضافة الى المبادئ الأساسية في العلاج النفسي بالكلام في كتابه: بحث الإنسان عن المعنى (Frankl.,1963). يشير العلاج النفسي بالكلام الى أن معظم المشكلات النفسية البارزة التي تواجه الناس هى فراغ وجودي، نقص المعنى في الحياة. يعتقد فرانكل (1978) أن الشخص يمكنه اختيار المعنى من خلال الشعور بالقيمة والحاجة، هذا الشعور بدوره يمكن أن يخلق وجوداً له معنى . يذكر فرانكل (1963) كلمات نتيزك، الذى قال "الذي يعرف لماذا يعيش،يمكنه أن يتحمل كيف" (p.12).

3- **دور القلق:** يميز العلاج النفسي الوجودي بين نوعين من القلق. أحدهما عادى، أو قلق صحي، ويسمى القلق الوجودي، والآخر القلق غير الصحي ويسمى القلق العصبي. القلق العصبي غير

صحي لأنه رد فعل قلق لا يتناسب مع الموقف، ومن الممكن أن يمثل عبئاً على الشخص. يشير القلق الوجودي الى أن بعض درجات القلق يمكن أن تكون إيجابية : حيث إنها يمكن أن تدفع الفرد الى عمل التغيرات اللازمة. السمة الايجابية الأخرى للقلق تتمثل في أنه غالباً ما يحدث عندما يواجه الشخص موقفاً صعباً .فالشخص الذي يهرب من القلق لن يكون قادراً على التعلم من التحديات في الحياة . وبهذه الطريقة، يعتقد الوجوديون بأن الشخص يمكن أن يشتق المعنى من الألم والمعاناة. يقول ينتزك معلقاً على ذلك "هذا الذى لا يقتلني يجعلني قوياً" .(Hollingdale, 1987,p.23)

4- **الحرية والمسؤولية**: يُشير العلا ج النفسي الوجودى إلى أن الحرية والمسؤولية بينهما علاقة متداخلة. فالناس أحرار في اختيار مصائرهم، ولكن لابد أيضاً من أن يتحملون المسؤولية عن تصرفاتهم. يساعد الوجوديون المسترشدون على أن يكونوا على وعى باختياراتهم والتحكم الذي يمارسونه على مصائرهم.

5- **أكون أو لا اكون**: أكون أو لا أكون بينهما أيضاً علاقة متداخلة ومتبادلة. إن حقيقة الموت تعطى للحياة معنى، أيضاً ترتبط "أكون أو لا أكون" بالحرية والمسؤولية. فالناس أحرار في اختياراتهم في أن يكونوا أو لا يكونوا . فإذا اختار الناس أن يكونوا، فإن عليهم تحمل مسؤولية الوجود .كما أن "أكون أو لا أكون " ترتبط ب"أنا موجود"،" أنا موجود" تصريح باختيار الحياة عن الموت، اختيار أكون على لا أكون من منظور الوجودية، إدراك أن الموت يمكن أن يأتي في أى لحظة يدفع الناس الى اشتقاق المعنى من وجودهم.

6- **ثلاثة أساليب للوجود**: وفقاً للعلاج النفسي الوجودي، هناك ثلاثة أساليب للوجود (لكون الفرد في الحياة أو العالم) (Nystul, 1976): العوامل البيئية، والعوامل الاجتماعية، العوامل الشخصية كل الأساليب الثلاثة للوجود ضرورية لتحقيق حياة متوازنة ذات معنى .العوامل البيئية هى العالم الطبيعي حولنا، والذى يساعدنا على تعريف وجودنا، ويشتمل على عالم إشباع الحاجات البيولوجية، مثل الجوع. العوامل الاجتماعية هي عالم الفرد الاجتماعي، ويعرف بطبيعة العلاقات الشخصية لدى الفرد العوامل الشخصية هي عالم الفرد الخاص، ويتطابق مع الفهم الذاتى، وترتبط مع التواجد مع الحياة. (Komp, 1971). على سبيل المثال، أثناء التأمل يمكن أن يتخطى الناس الى مركز الوجود ويحققوا التوحد مع الحياة نفسها.

7- **السمو الذاتى** : ينطوى السمو الذاتى على تخطى تقسيم الشخص -الشئ (Nystul , 1957) على سبيل المثال، يحاول الطالب (الشخصي) فهم الأستاذ(الشئ). يتميز تقسيم - الشئ بالاستقلالية، ويحدث في أى وقت يفكر الشخص فيه. السمو الذاتى ينتج عنه توحد وجودى بين المرشد النفسي والمسترشدون، كما يعتبر قمة الخبرة في العلاج النفسي، ويتميز بعلاقة إرشادية حميمة، ومستويات عليا من الفهم والتعاطف. كما أن السمو الذاتى يرتبط أيضاً بتحطيم الزمن، وبقدر كبير من مشاعر الارتباط مع أى شئ أو أى شخص (مثلاً: المسترشد، غروب الشمس، أو تجربة موسيقية في حفلة).

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

ترتبط أهداف العلاج النفسي الوجودى مباشرةً بالمفاهيم الرئيسية، حيث يمكن أن تكون موجهة نحو مساعدة المسترشدون على: (أ) اكتشاف فرديتهم (ب) إيجاد المعنى الشخصي في الحياة (ج) استخدام القلق بشكل إيجابي (د) أن يكونوا على وعي باختياراتهم والحاجة لتحمل مسؤولية الاختيارات،(و) رؤية الموت ليس كنقمة، ولكن كحقيقة تعطى للحياة معنى ودلالة. تؤكد العملية الفعلية للعلاج النفسي الوجودي على دور العلاقة الإرشادية أكثر من تأكيدها على استخدام أساليب معينة . هذا المنهج يشبه نظرية العلاج المتمركز حول الشخص، في أنهما يحاولان الحصول على فهم ظواهراتي عن المسترشد، ويشجعان المسترشد على أن يكون على وعى باختياراته الداخلية . يختلف المدخلان في طبيعة العلاقة الإرشادية، في حين يركز روجرز على المسترشد، فإن الوجوديين يركزون على المعالج النفسي والمسترشد . إذاً، الإرشاد النفسي من وجهة نظر الوجوديين مسؤولية مشتركة، يقوم فيها كل من المرشد النفسي والمسترشد بدور ايجابي في العملية الإرشادية.

يمكن استخدام مفهوم بوبر (أنا – أنت) للحصول على استبصارات في طبيعة العلاقة الإرشادية في العلاج النفسي الوجودي . هذا المفهوم يشير الى أن العلاقات الإرشادية يمكن تحقيقها عند مستويات مختلفة تعكس درجات مختلفة من الإنسانية والموثوقية، على سبيل المثال، "أنا لها" علاقة الإنسانية، حيث يرتبط المرشد النفسي فيها بالمسترشد كشئ . يشير "بوبر" إلى أن علاقة "أنا – أنت" (والتى تتميز بالإنسانية والموثوقية) ضرورية لحدوث المواجهة الواضحة النقية بين المرشد النفسي والمسترشد . يذكر براس(1992) أن مفهوم "أنا – أنت" الذي طوّره "بوبر" يمكن أن يستخدم لتعزيز العلاقات الإرشادية من اتجاهات متعددة مثل العلاج النفسي البينشخصي.

الأساليب Techniques

بعض النظريات الوجودية مثل نظرية فرانكل (1978،1961)، (1967،1965) -العلاج النفسي بالكلام – تستخدم أساليب معينة . هناك أسلوبان هما الأساس في منهج فرانكل (Frankle, 1963, 1978): عدم الانعكاس- وهو إجراء ينطوي على مساعدة المسترشدون في التركيز على مناحى القوة وليس مناحى الضعف – يصنف هذا الأسلوب مع المدرسة المعرفية الإرشاد النفسي أكثر من الوجودية . أما النية المتناقضة، فتنطوي على أن يطلب من المسترشد ان يفعل ما يخاف من فعله، كأن يطلب منه أن يتأتئ وهو يخاف أصلا من التأتأة . لا نعرف تماماً ما الذي يجعل هذا الأسلوب وجودياً النية المتناقضة (العلاج بالنقيض) ببساطة تعتبر أسلوباً يساعد المسترشد في التغلب على القلق المتوقع، وذلك بإعادة تعريف النجاح والفشل. قد تبدو النية المتناقضة (العلاج بالنقيض) فعالة على وجه الخصوص في الحالات التي لا تستجيب للعلاج السلوكي (Ascher, 1979, Ascker& efran, 1978)، ففى احد الدراسات المضبوطة جيداً أجراها تورنر وأسكر (1969) تبين أيضاً فعالية النية المتناقضة في علاج الأرق. قد تكون الاساليب المتناقضة (العلاج بالنقيض) فعالة مع المسترشدون المقاومين ذوى رد الفعل العالى (لديهم ميول ضبط عاليه) (Dowd& sanders, 1994).

يمكن استخدام نوعين من الأساليب المتناقضة مع هؤلاء الأفراد: وصفة الأعراض، والكبح. تنطوى وصفه الاعراض على أن يطلب من المسترشد تجريب الأعراض التي يريد أن يتغلب عليها . هذا الاسلوب يجعل كل المواقف تحت سيطرة وضبط المسترشد. إما يخبر (يعيش) الأعراض كما هى موصوفة (ويشعر بأن لديه القدرة على ضبط هذه الأعراض)، أو يختار تعزيز المقومة (ولا يمر بخبرة المشكلة). أما الكبح، فينطوى على الطلب من المسترشد أن تغيير ببطء أو ألا يتغير تماما.فى هذه الحالة، يمكن أن تظهر حاجة المسترشد إلى التحكم في شكل مقاومة ينتج عنها تغيير المسترشد بسرعة، والتغلب على مشكلاته. كما يشير فرانكل (1963) أيضاً إلى عملية السمو الذاتى التي تعنى تخطى الذات. وهذا مفهوم وجودي فريد يسمح للمعالج النفسي أن يتخطى حدود الذات ويختبر مباشرة العالم الداخلي للمسترشد من الألم والفرحة، وعندما يحدث ذلك، يمكن ان يشار إليها أنها: مواجهة وجودية. للأسف،لم يصف فرانكل (1963) الأسلوب الذى يمكن أن ييسر المواجهة الوجودية

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

يركز العلاج النفسي الوجودي على قضايا مثل الفردية والبحث عن المعنى في الحياة، وهى قضايا أصبحت هامة بشكل متزايد في ضوء التطورات في الاستنساخ. سوف تلعب النظرية الوجودية دوراً رئيسياً في مساعدة الأفراد على التعرف على أنفسهم كأفراد فريدين في عالم دائم التغير. نقاط الضعف الرئيسية في هذا المدخل تكمن في عدم استناده إلى أساس نظري مصاغ صياغة جديدة، بالإضافة إلى قلة وجود الأساليب الوجودية- هذا إن كانت موجودة أصلاً - والتي يمكن استخدامها في العملية الإرشادية . أضف إلى ذلك، أن هناك ندرة في البحوث عن العلاج النفسي الوجودي، وبالتالي فإن هذه العلاجات معرضة لخطر الانقراض، أو الدمج في مدارس الإرشاد النفسي الاخرى .(Goldfried et al. 1990)

العلاج النفسي بالفنون الإبداعية CREATIVE ARTS THERAPY

يمكن تعريف العلاج النفسي بالفنون الإبداعية بأنه تعزيز السعادة النفسية والجسمية من خلال استخدام الأشكال أو الصور الإبداعية مثل الفن، الموسيقى، والرقص، والدراما . مجموعتان من الافراد تستخدمان العلاج النفسي بالفنون الإبداعية: أعضاء مهن المساعدة مثل المرشدين النفسيين والأخصائيين النفسين، والذين يستخدمونه كمساعد للإرشاد النفسي والعلاج النفسي، والمتخصصون في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية مثل المعالجون النفسيون بالموسيقى والفن، المسجلون والحاصلون على شهادة في شكل معين من أشكال العلاج النفسي بالفنون الإبداعية يمكن إستخدام العلاج النفسي بالفنون الإبداعية مع المسترشدون من كل الأعمال عبر مدى واسع من الإشكال العلاجية، بما في ذلك الإرشاد النفسي الفردي، والجماعي، والزواجى والاسرى (Sherwood - Hawes, 1995). لقد قدم العلاج النفسي بالفنون الإبداعية موضوعات عديدة على مر السنين (Fleshman & Frear, 1981)، بما في ذلك العلاج النفسي التعبيري، العلاج النفسي بالتعبير، والعلاج النفسي الإبداعي.

لقد تبين أن العلاج النفسي بالفنون الإبداعية : (أ) ييسر التواصل بين المرضى ذوى الاضطراب المعرفي وغير الناطقين والمعالجين النفسيين (ب) يمكن المعالجين النفسيين من استكشاف انفعالات المسترشد بشكل دائم (ج) يعزز الرابطة العلاجية (Johnson, 1984a , Roddins, 1985). العلاج النفسي بالفنون الإبداعية ليسَ مدرسة في الإرشاد النفسي معترف بها لأنها تفتقر إلى وجود أساس نظري واضح خاص بها، ومع ذلك، يستفيد المعالجون النفسيون في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية من النظريات والإجراءات النفسية الرئيسية لتيسير النواتج العلاجية، يميل المعالجون في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية إلى استخدام نظريات فرويد وينج، والوجودية. على سبيل المثال، غالباً ما يستخدم المعالجون مفاهيم فرويد لتفسير الرسومات والأعمال الفنية الاخرى. أيضاً يمكن ان تكون سيكولوجية ينج (خصوصاً مفهوم اللاشعور الجمعي لدى ينج) مفيدة في مساعدة المسترشدون على استكشاف الطبيعة الرمزية لعمليات اللاشعور التي تظهر مع التغير الابداعى (Sherwood - Hawes, 1995).

أيضاً **يمكن لمفاهيم الوجودية** : السمو الذاتى، والمجابهة الوجودية - ان تقدم فرصة لممارسي الفنون الإبداعية. يمكن للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية تعزيز السمو الذاتي، وتمكين المرشد النفسي بالشعور بالتوحد مع المسترشد (Nystul,1987a)، وعندما يحدث ذلك، فإن المرشد النفسي يختبر مباشرة الحالة الانفعالية الداخلية للمسترشد، لما ينتج عنه مواجهة وجودية. حالة رون"التى نعرض لها في الملحوظة الشخصية في هذا الفصل، تعتبر توضيحاً للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية والمواجهة الوجودية.

القضايا المهنية Professional Issues

الممارسون المتخصصون في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية هم أفراد حصلوا على شهادة دراسية في الإستخدام العلاجي لشكل معين من أشكال الفنون الإبداعية، مثل الموسيقى أو الدراما . تتباين متطلبات التسجيل أو الشهادة وفقاً لتخصص العلاج النفسي الإبداعي من درجة البكالوريوس الى الماجستير، ودراسته من أشهر الى سنتين من التدريب الإكلينيكي الإشرافي، من الممكن الحصول حالياً على الشهادة أو التسجيل من خلال مراسلة منظمات مهنية متخصصة في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية، كما هو مبين بجدول (18).يعمل المتخصصون الحاصلون على الشهادة أو المسجلين في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية في العديد من المواقع، بما فيها المستشفيات، دور الحضانة، والممارسة الخاصة. دورهم في خدمات الصحة النفسية كان "شكلاً ثانوياً، مساعداً من أشكال العلاج النفسي" (Johnson, 1984 a,p. 212). يحدد جونسون (1984a) العديد من التغيرات التي لابد منها حتى يظهر العلاج النفسي بالفنون الإبداعية كمهنة مستقلة، وتشمل هذه مايلى:

(أ) استخدام العلاج النفسي بالفنون الإبداعية لتطوير المعرفة في علم النفس، (ب) تحديد الإسهام الفريد للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية - والذي يمكن القيام به في عملية المساعدة (ج)

التغلب على اعتماد العلاج النفسي بالفنون الإبداعية على الأفراد الدارسين لعلوم مثل الطب النفسي، وعلم النفس، وذلك بتوسيع دور وظيفة المعالجين المتخصصين في الفنون الإبداعية، (د)أخذ مكانة توكيدية مع المجموعات المهنية الأخرى والوكالات التشريعية المتخصصة الأخرى. الجزء المتبقي من هذا الفصل يقدم استعراضاً للأشكال المرتبطة بالعلاج النفسي بالفنون الإبداعية من حيث المفاهيم الرئيسية، والإجراءات، والنواتج، والمجموعات الخاصة، والجدول (19) يلخص كل هذا.

جدول (18) عناوين المنظمات المهنية المتخصصة في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية

العلاج النفسي بالموسيقى

الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي بالموسيقى

8455 Colesville Road, Suite 1000

Silver Spring , MD 20910

www.musictherapy.org.

المؤتمر القومى لمعلمى الموسيقى

1902 Association Drive

Reston , VA 22091

www.menc.org

العلاج النفسي بالفن

الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي بالفن

1202 Allasnson Road

Mundelein ,IL 600060

www.arttherapy .org

الجمعية القومية للتربية الفنية

1916 Association Drive

Reston , VA 20191

www.naea-reston .org

العلاج النفسي بالرقص

الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي بالرقص

2000 Century Plaza , Suite 108

10632 Little Patuxent Parkway

Columbia , MD 21044

www.adta .org

العلاج النفسي بالدراما

الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي بالدراما

15 Post side Lane

Pitts Ford , NY L 4534

www.nadt.org

العلاج النفسي بالقراءة

جمعية المكتبات العلاجية و المؤسساتية

لجنة العلاج بالقراءة

50 East Huron Street

Chicago , IL 60611

WWW.ala .org

Pitts Ford , NY L 4534

www.nadt.org

جدول (19) أشكال العلاج النفسي بالفنون الإبداعية

المفاهيم الأساسية	الإجراءات والنواتج	المجموعات الخاصة	
1- الموسيقى جزء من الثقافة. 2- يمكن أن تساعد الموسيقى المسترشدين على الاتصال مع أفكارهم ومشاعرهم. 3- للموسيقى بنية أساسية من حيث الإيقاع، والأنغام، وهكذا، وتساعد المسترشدين في التغلب على المشكلات في اضطرابات التفكير.	يتكون العلاج النفسي بالموسيقى من استخدام التجارب الموسيقية في تعزيز وتيسير الأهداف الإرشادية.	يمكن استخدام العلاج النفسي بالموسيقى مع كل أنواع المسترشدين من كل الأعمار، إلا انه قد يكون مفيداً على وجه الخصوص مع صغار الأطفال، وكبار السن.	العلاج النفسي بالموسيقى
1- يقدم الرسم شكلاً من التنفيس من خلاله يستطيع المسترشد تحقيق الإرشاد غير المباشر للحاجات اللاشعورية. 2- الرموز البصرية في الفن يمكن أن تكون أدوات تشخيصية مفيدة. 3- يسمح الرسم بالتعبير عن الأفكار والمشاعر اللاشعورية. 4- يجمع الرسم على الشعور بالتوازن الداخلي	عملية العلاج النفسي بالرسم تتباين وفقاً للتوجه العلاجي، ولكنها تشتمل على تحليل الألوان والرسومات التلقائية	يمكن استخدام العلاج النفسي بالرسم مع المسترشدين من كل الأعمار ولكنه ربما يكون مفيداً على وجه الخصوص مع الأطفال والمراهقين.	العلاج النفسي بالرسم
1- العلاج النفسي بالدراما يعطي فرصة للتعلم من الخبرة. 2- يسمح العلاج النفسي بالدراما بالتعبير عن المشاعر القوية. 3- يتعامل العلاج النفسي بالدراما مباشرة وبشكل منفتح مع وظائف الشخصية.	لعب الدور التلقائي هو الأساس في العلاج النفسي بالدراما . تستخدم العديد من الإجراءات في العلاج النفسي بالدراما، مثل الحركة، ومسرحيات الدمى أو العرائس.	يمكن استخدام العلاج النفسي بالدراما مع المسترشدين من كافة الأعمار، ولكنه يستخدم على وجه الخصوص مع الأطفال المعالجين جسمياً، ووجدانياً، وعقلياً.	العلاج النفسي بالدراما

4- يمكن فهم الصراعات الوجدانية من خلال التعبير عنها في الفعل أو الحديث في الدراما.			
1- العلاج النفسي بالرقص ينطوي على التكامل بين العقل والجسم. 2- يمكن أن يعكس الرقص مزاج المسترشد، ويشير إلى المرونة أو الصرامة. 3- من الممكن أن يقوم المسترشدين بالتعبير الذاتي عن طريق الرقص.	تتباين إجراءات الرقص وفقاً للنتائج المرغوب فيها يمكن أن ينطوي العلاج النفسي بالرقص على خبرات الرقص التلقائي أو البنائي المنظم، ويمكن أن يستخدم لتحسين المهارات الحركية والعلاقات مع الآخرين، وتيسير التعبير عن المزاج، والاتجاهات، والأفكار، وتحفيز وتقوية، وراحة الجسد.	يمكن استخدام العلاج النفسي بالرقص مع المسترشدين من كافة الأعمار.	العلاج النفسي بالرقص
يمكن استخدام العلاج النفسي بالقراءة لتعزيز العولمة، التعرف، والتبصر، والتنفس.	تقرأ الكتب، او بعض أشكال الأدب للتشجيع على نتائج إرشادية معينة.	أي عميل يمكنه القراءة يستطيع أن يستفيد من العلاج النفسي بالقراءة.	العلاج النفسي بالقراءة
ينطوى العلاج بالفنون الإبداعية متعدد الأشكال على استخدام مدى واسع من أشكال العلاج النفسي بالفنون الإبداعية،حيث قد يوسع من قدرة المسترشد للاستجابة للإبداع.	تتباين الإجراءات وفقاً للتوجه النظري، وقد تشتمل على وضع المرشد النفسي الأساس للإبداع،وضرب أمثلة ووضع أنفسهم للخدمة، وتنمية تبصرات من الإبداع بعد انتهاء المسترشد من التعبير الابداعي.	كل المسترشدون يمكنهم الاستفادة من العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعدد الأشكال.	العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعدد الأشكال

العلاج النفسي بالموسيقى Music Therapy

الموسيقى هى أقدم شكل من أشكال الفن، ترتبط بعلاج المرض وفقاً لفليش مان وفرايرير (1981)، الذى ذكر أمثلة عن القبائل البدائية، وعن أناس آخرين يستخدمون الأغاني والأناشيد للحصول على المساعدة الإلهية.

المفاهيم الأساسية: المفاهيم الثلاثة التالية ترتبط بالعلاج النفسي بالموسيقى (Fleshman& Fryrear, 1981):

1- الموسيقى جزء من الثقافة.

2- الموسيقى تساعد المسترشدون على التواصل مع أفكارهم ومشاعرهم، التعبير عن المشاعر التي لا يمكن وصفها الكلمات .

3- الموسيقى لها بنية أساسية تتقسم بالإيقاع، والنغم، ودرجة السرعة في غناء مقطع، والتى يمكن استخدامها في تعزيز البنية لدى المسترشدون الذين تتصف أفكارهم بعدم التنظيم والتشويش (مرضى الفصام).

الإجراءات والنتائج : ينطوي العلاج النفسي بالموسيقى على استخدام الخبرات الموسيقية والعلاقة العلاجية لتعزيز حالة السعادة النفسية لدى المسترشد(Brusaa,1987). يمكن ان تشتمل الخبرات على مدى واسع من الأنشطة بما في ذلك الارتجالية، والأداء، والتأليف، والاستماع إلى الموسيقى (Brusaa,1987). يشير بروسكيا (1987) إلى أن الارتجالية- العزف بشكل تلقائي- هى المنهج الأساسي للعلاج النفسي بالموسيقى.يشير فليشمان وفرايريار(1981) إلى أن العلاج النفسي بالموسيقى ينطوي على أربعة أنشطة أساسية: (أ) الخبرات الموجهة بالتسلية إحيائها لتعزيز الاجتماعية (ب) مجموعات الاستماع العلاجية لتعزيز ترابط المجموعات (ج) نشاط مساعد للعلاج النفسي لتحفيز الوجدانيات، وتشجيع المناقشات، وتعزيز الفهم الذاتى، وتيسير التفاعل الاجتماعي (د) العلاج بالموسيقى الفردي والجمعي لمخاطبة مشكلات المسترشد (مثلاً: سؤال المسترشد أن يعزف اللحن الثنائي لتعزيز التعارف).بعض البحوث التي اجريت على العلاج النفسي بالموسيقى وتطبيقاته بالنسبة للعملية الإرشادية أظهرت أن العلاج بالموسيقى يسهل من حيث مراحل التقييم والتشخيص (Tsenberg- Greda,1988 ,Wells,1984). كما وجدت دراسات أخرى أن العلاج النفسي بالموسيقى له تأثير إيجابي على وجهة الضبط المدركة (James,1988)، وكمثير لتعزيز الترابط الاجتماعي في الارشاد الجمعي (Wells& Stevens,1984). ويشير مورينو(1988) الى أن الإجراءات المستخدمة في العلاج النفسي بالموسيقى تعكس الحساسية للثقافات المتعددة حيث إن التقاليد الموسيقية تتباين من ثقافة إلى أخرى.

المجموعات الخاصة: يمكن استخدام العلاج النفسي بالموسيقى مع كل الناس من كل الأعمار، كما أنه قد يكون فعالاً على وجه الخصوص مع كبار السن (Gibbons,1988).يفضل الأفراد الكبار الانخراط في الموسيقى، ويمكنهم تعلم المهارات الموسيقية الجديدة مثل الجيتار أو البيانو، عند مستوى

يتناغم مع الأفراد الشباب (Gibbons,1984). كما يمكن استخدام العلاج النفسي بالموسيقى بنجاح مع الأطفال والمراهقين. فقد استخدم إيدسون (1989) العلاج النفسي بالموسيقى الموجه سلوكياً، وذلك في شكل برنامج – لمساعدة طلاب المرحلة الوسطى ذوى الاضطرابات الانفعالية على تحسين سلوكيات داخل حجرة الدراسة، قدم كرايب(1986) خطوطاً إرشادية لكيفية استخدام العلاج النفسي بالموسيقى مع الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه. وجد ويلز وستيفنز (1984) أن الموسيقى تحفز الخيال الإبداعي لدى المراهقين أثناء العلاج النفسي الجمعي .

في دراسة تحليل بعدي لأحد عشر مقال عن استخدام العلاج النفسي بالموسيقى مع الأطفال والمراهقين (Gold et al.2004)، تبين أن الأطفال المراهقين ذوى الاضطرابات السلوكية والنمائية قد استجابوا بشكل ايجابي للعلاج النفسي بالموسيقى أكثر من ذوى الاضطرابات الانفعالية .بالاضافة الى ذلك فإن الممارسين الذين استخدموا العلاج النفسي بالموسيقى كمساعد للاتجاهات السيكودينامية، والإنسانية، والانتقائية كانوا أكثر نجاحاً من الممارسين الذين استخدموا المنهج السلوكي.هناك أفراد آخرين، مثل المتخلفين عقلياً وذوى الإعاقات الجسيمة والذين يمكن أن يستفيدوا من العلاج النفسي بالموسيقى. (Fleshman& Fryrear,1981).

وفقاً لفيشمان وفرايرار (1981)، فإن العلاج النفسي بالموسيقى يمكن أن يكون مفيداً في تقديم التحفيز، وتدريس المهارات الاجتماعية للأفراد ذوى التخلف العقلي .يمكن استخدام اللحن العسكري لمساعدة الأفراد ذوى التخلف العقلي في الحصول على التحكم في اندفاعاتهم، كما يمكن لذوى الإعاقات الجسيمة الاستفادة من العلاج النفسي بالموسيقى . يذكر فليشمان و فرايرار(1981) أمثلة مثل استخدام أدوات النفخ لمساعدة المسترشدون ذوى اضطرابات الرئة. واستخدام أدوات معينة تحتاج الى براعة يدوية لمساعدة المسترشدون في التغلب على الخلل الوظيفي في التحكم الحركي. يمثل العلاج النفسي بالتنويت اللحني استخداماً ناشئاً للعلاج النفسي بالموسيقى وفقاً لسباركس وديك (1994)، فقد يكون مفيداً في علاج التأتأة (ضعف أو فقدان القدرة اللغوية، والذى قد يشتمل على الكلام). يعمل العلاج النفسي بالتنويت اللحني الموسيقى على تحفيز أجزاء من المخ المرتبط بالأداء اللغوي. العملية الحقيقية للعلاج النفسي بالتنويت اللحني تنطوى على تعليم الأفراد ذوى التأتأة أن يدخلوا حالةً معينة بناءً على الموسيقى، ويتم تشجيع أفراد الأسرة على المشاركة في هذه العملية (Sparks&Deck,1994).

العلاج النفسي بالرسم Art Therapy

العلاج النفسي بالرسم احد أكثر أشكال العلاج النفسي بالفنون الإبداعية إنجازاً، كما أنه أقدم هذه الأنواع . يمكن أن تعود الأمثلة الأولى للعلاج النفسي بالرسم الى فترة ما قبل التاريخ، عندما كان الناس يرسمون الصور على جدران الكهوف للتعبير عن علاقاتهم مع العالم (loadeson,1980). يحتوي العلاج النفسي بالرسم العديد من أشكال الفن البصرى، بما فيها الرسم الزيتي، النحت، والأعمال اليدوية، والتصوير (Kenny, 1987).

المفاهيم الأساسية: فيما يأتي نقدم المفاهيم الأساسية المرتبطة بالعلاج النفسي بالرسم:

1- يقدم الرسم شكلاً من أشكال التصعيد من خلاله يستطيع المسترشد تحقيق الإشباع غير المباشر للحاجات اللاشعورية (Kramer,1987).

2- الرسم له رموزه البصرية التي يمكن ان تكون مفيدة كأدوات تشخيصية .

3- الرسم يسمح بالتعبير عن الأفكار والمشاعر اللاشعورية (Wilson,1987).

4- يشجع الرسم على الشعور بالتوازن الداخلي (Fleshman& Fryrear,1981).

الإجراءات والنتائج: يمكن أن تعود أصول العلاج النفسي بالفن إلى نظرية التحليل النفسي (Rubin,1987). ومع ذلك، حديثا، تم دمج مدارس رئيسية أخرى لعلم النفس والإرشاد النفسي، بما في ذلك الجشطالتي (Rhyne,1987) والسلوكية (Roth,1987)، والمعرفية (S,lver,1987). وفيما يلي مراجعة لهذه التطبيقات:

- التحليل النفسي: يمكن تحليل الرسم بحثاً عن محتواه الرمزي (Fleshwan& Fryrear, Rubin,1987).

- الجشطالتي: الرسم يتيح للمسترشد "اختبار والتعبير عن المدركات الفورية والوعي الحالي" (Rabin, 1987,p.173).

- السلوكية : المنهج السلوكي للعلاج النفسي بالرسم ينطوى على تطبيق مبادئ التعديل السلوكي للأساليب التقليدية للعلاج النفسي بالرسم (Roth,1987)،في هذه العملية، يتم استخدام مبادئ التعزيز مع المسترشد في العلاج النفسي بالرسم والسلوكيات الأخرى المرغوب فيها .

- المعرفية : العلاج النفسي المعرفي بالرسم ينطوي على تقييم وتنمية العمليات المعرفية (Silver,1987)، حيث يقدم بشكل أساسي في ضوء ما قدمه بياجيه وعلماء النفس المعرفيين الآخرين. يحدد سيلفز(1987) الطرق المختلفة التي يمكن ان يستخدم فيها الرسم لتعزيز المهارات المعرفية والإبداعية، على سبيل المثال، مفهوم الترتيب التتابعي يمكن ان ينمو من خلال الرسم الزيتى (Silver,1987).

وقد وصف آخرون الإجراءات الشائعة في كل المداخل (الاتجاهات) الخاصة بالعلاج النفسي بالرسم على سبيل المثال، يمكن ان يعود تحليل اللون إلى أعمال ينتج (1959)، الذي ذكر أن استخدام اللون يرتبط بالإدراك والحكم. وفقاً لينج (1959)، فإن اللون الأصفر يرتبط بالجانب الحسي، بينما يرتبط الأحمر بالمشاعر، والأخضر يشير إلى الإحساس، والأزرق يمثل التفكير، بالاضافة إلى ذلك، يشير كينى (1987) الى ان اختيار الالوان يرتبط أيضاً بالحالات الوجدانية، حيث يشير الأسود والرمادي الى الاكتئاب، والأبيض الى الصرامة الوجدانية . تشتمل الخطوط الإرشادية الإضافية لتحليل الرسم على التناسق، الشكل، التفاصيل، الحركة، والموضوع للحصول على تقدير النمو المعرفي والنفسي للمسترشد، ومستوى النضج لدى المسترشد (Stabk,1984انظر الفصل11).

هناك ثلاثة أنواع من الرسومات يمكن أن تكون مفيدة في العلاج النفسي بالرسم: رسم الذات (صورة الذات)، والرسومات الأسرية (Stabler, 1984). يؤكد بيرتوا & آلان (1988)على الدور الذى يمكن أن تلعبه الرسومات التلقائية – والتى تعتبر رسومات حرة – في العلاج النفسي بالرسم، وذلك بتقديمها رابطة مباشرة بالعمليات اللاشعورية.

المجموعات الخاصة: يمكن استخدام العلاج النفسي بالرسم مع كل المسترشدون من كل الأعمار، ويمكن ان يكون مفيداً – على وجه الخصوص – مع الشباب المحرومين، والأطفال ذوي مشكلات الجنسية المثلية، والأطفال ذوي التخلف العقلي، الفصاميين، والمرضى ذوي الميل للانتحار .(Feshman& Fryrear,1981)

العلاج النفسي بالدراما Drama Therapy

لقد كانت السيكودراما، وهى التي أبدعها مورينو(1946) – أحد أول الاستخدامات النظامية للدراما كشكل من أشكال العلاج النفسي.بعد ذلك، ظهر العلاج النفسي بالدراما كبديل أكثر مرونة للسيكودراما،فالعلاج النفسي بالدراما أقل لفظية، أقل بنيه، أقل توجيهاً نحو المسرح من السيكودراما(Irwin, 1987, p.277) . يعرف جونسيون (1984,p.105) العلاج النفسي بالدراما بأنه "الاستخدام المقصود للدراما الابداعية نحو الأهداف العلاجية لتخفيف الأعراض، الدمج الجسمي والوجدانى، والنمو الشخصي". يشتمل العلاج النفسي بالدراما على اى استخدام للعب الدور، ولكنه يرتبط بشكل أساسي باستخدام المسرح الابداعى كوسيط للتعبير الذاتي (Johnson,1984b).

المفاهيم الرئيسية : على الرغم من أن العلاج النفسي بالدراما ما زال في طور النشوء إلا أن المفاهيم الأربعة التالية تميز حالته الراهنة:

1- تقدم الدراما الفرصة للتعلم من الخبرات، الحقيقة والخيالية(Irwin,1987).

2- تسمح الدراما بالتعبير عن المشاعر القوية، والتفكير، والدوافع، والحدث أو الفعل .(Irwin,1987)

3- تتعامل الدراما مباشرة وبشكل مفتوح مع الوظائف المختلفة للشخصية (Fleshman& Foy-rear, 1981).

4- الصراعات الوجدانية يمكن فهمها بشكل أفضل بالتعبير عنها بالفعل من خلال الدراما .(Irwin,1987)

الإجراءات والنتائج: كما هو الحال بالنسبة لكل أشكال العلاج النفسي بالفنون الإبداعية، فإن إجراءات العلاج النفسي بالدراما تتباين وفقاً للتوجه النظري للممارس . كثير من المعالجين بالدراما يستندون إلى العديد من التوجهات النظرية مثل التحليل النفسي، والسلوكية، والجشطالت، ونظرية ينج وروجرز (Irwin, 1987). وقد حدد العديد من الباحثين ما يعتبر إجراءات شائعة ترتبط بالعلاج النفسي بالدراما وهي:

أولاً لعب الدور التلقائي هو قلب العلاج النفسي ثانياً، يستخدم المعالج النفسي العديد من الإجراءات مثل الحركة، والتمايل، ومسرح العرائس لإشراك المسترشد في الحدث، ومن ثم يمكن التعبير عن الصراعات الداخلية، وفهمها بشكل أفضل (Irwin,1987)، ثالثاً، يسهم العلاج النفسي بالدراما في التقييم والتشخيص بتحليل الأدوار التي تمثل أو ترفض، الموضوعات والصراعات التي تظهر في القصص، في الجلسة من حيث التنفيس الوجداني (Irwin,1987).

يمكن التعبير عن الأمزجة المتعددة في العلاج النفسي بالدراما

المجموعات الخاصة: يمكن استخدام العلاج النفسي بالدراما مع كل الناس من كل الأعمار، إلا أن استخدامه الرئيسي على ما يبدو مع الأطفال، وقد تم إعداد العديد من البرامج للأطفال ذوي الإعاقات الجسمية، والوجدانية، والعقلية (Fleshman& Fryrear,1981). يمكن أن يكون العلاج النفسي بالدراما مفيداً على وجه الخصوص في المواقع المدرسية لتعليم التلاميذ كيفية التعامل مع الضغوط المرتبطة بالمواعيد أو المسكرات،أو استخدام الكحول .

العلاج النفسي بالرقص Dance Therapy

يمكن ان يعود العلاج النفسي بالرقص الى الرقص الحديث، والذي بدأ في القرن العشرين (Fryrear,1981 & Fleshnan).

المفاهيم الرئيسية : هناك ثلاثة مفاهيم رئيسية ترتبط بالعلاج النفسي بالرقص (Fleshnan& Fryrear,1981):

1- المفهوم الأساسي في العلاج النفسي بالرقص هو التكامل، أو بالمعنى الصحيح إعادة دمج الجسم مع العقل.

2- يمكن ان تعكس الحركة مزاج المسترشد،وتشير الى المرونة أو الصلابة.

3- يقدم العلاج النفسي بالرقص الفرصة للمسترشدون للتعبير عن انفسهم في الحركة، أي تقنية التعبير الذاتي في شكل الرقص.

الإجراءات والنتائج: قد ينطوي العلاج النفسي بالرقص على المسترشدون وهم يرقصون مع أنفسهم، أو مع الآخرين. قد تكون طريقة الرقص تلقائية أو منظمة في طبيعتها. هناك اهتمام بما

ينقله المسترشد أو بما يكشفه من الرقص . كما أن هناك عوامل أخرى تجدر الإشارة إليها وهي كيفية تعامل المسترشد مع الآخرين، ووعى المسترشد بالفراغ، وكيفية ارتباط الرقص بمشكلة معينة يختبرها المسترشد. للعلاج النفسي بالرقص الأهداف التالية. (Fleshnan& Fryrear, 1981,lasserter et al., 1989):

- تحسين المهارات الحركية.
- تعزيز العلاقة بين المسترشد والمعالج النفسي .
- زيادة الذخيرة الحركية للمسترشد لتسهيل التعبير عن المزاج، والاتجاهات، والأفكار.
- السماح بالتنفيس عن الدوافع العدوانية والجنسية.
- إثارة، وتقوية، وإراحة جسد المسترشد.

المجموعات الخاصة: يمكن استخدام العلاج النفسي بالرقص مع كل الناس من كل الأعمار، إلا أنه هو الإستراتيجية العلاجية المستخدمة أساساً للأطفال ذوى التخلف العقلي،والمشكلات الجسمية، والمشكلات الوجدانية (lasseter et al.,1989)، كما أثبت أنه ناجح مع الأطفال التوحديين (Cole,1982)، والأطفال الذهانيين (Gunning& Holmes,1973)، والأطفال ذوى الشلل الدماغي (Clarke& Evans,1973)، والأطفال المتخلفين عقلياً (Boswell,1983)، والأطفال ذوى الاضطرابات الوجدانية وصعوبات التعلم (Polk& Wislocki,1981).

العلاج النفسي بالقراءة Bibliotherapy

يمكن ان تعود الاستخدامات الاولى للعلاج النفسي بالقراءة الى اليونانيين القدماء، عندما وجدت إشارة معلقة على أحد المكتبات، معلنه ان المكتبة هي "مكان لعلاج الروح" (Zaccaria& Mo-ses,1968)، العلاج النفسي بالقراءة هو "القراءة الموجهة للمواد المكتوبة في اكتساب فهم وحل للمشكلات المرتبطة بالحاجات العلاجية للمسترشد" (Riordan& Wilson,1989,so6). إن استخدام العلاج النفسي بالقراءة للإرشاد النفسي يبدو أنه في حالة متطورة ومستمرة (Riordan& Wil-son,1989)، حيث يصفه الأخصائيون النفسيون بأنه يساعد بنسبة 60% من أن لآخر، و 24% دائماً (Starker,198).

المفاهيم الرئيسية: المفاهيم الرئيسية للعلاج النفسي بالقراءة مأخوذة من نظرية التحليل النفسي، وتشتمل على (Flehman& Fryrear,1981):

1- التعميم : يقلل المسترشدون من مشاعر الذنب، واللوم، والعزلة عندما يكتشفون أن الآخرين يشاركونهم في نفس المشكلات في هذه الحياة.

2- التعريف : يمكن أن يتعرف المسترشدون على الشخصيات في الكتب، والتى تقدم نماذجاً للدور الايجابي فيما يتعلق بالاتجاهات والقيم.

3- التنفيس: المناقشات الجماعية للعلاج النفسي بالقراءة تزود المسترشدون بفرص الإفصاح الذاتي والتنفيسي.

4- التبصر : يمكن أن يحصل المسترشدون على الاستبصار بأن يكون لديهم إطار مرجعي خارجي للمقارنة.

الإجراءات والنتائج: ينطوى العلاج النفسي بالقراءة على الطلب من المسترشد قراءة كتاب أو بعض أشكال الأدب لتعزيز نواتج ترتبط بالعملية الإرشادية (مثل، الوعي بالحياة العملية والاستكشاف). إن طبيعة الواجب القرائي يعتمد على النتائج المرجوة. يمكن أن يستخدم لمساعدة المسترشد لاتخاذ قرار بشأن اختيار العمل المستقبلي. هناك أربع كتب، دائماً يصفها الأخصائيون النفسيون وهي: ما لون المظلة (الشمسية) الخاصة بك؟ استرخاء، حقك الأصيل،الشعور بأنك على ما يرام. (Starker,1988)، متى قرأ المسترشدون الكتاب أو أي شكل من أشكال الأدب، فإنهم قد يناقشون ما تعلموه من القراءة مع المرشد النفسي .

الفئات الخاصة: يمكن أن يستخدم العلاج النفسي بالقراءة مع أى مسترشد يستطيع القراءة . لقد أظهرت الدراسات التي أجريت على العلاج النفسي بالقراءة وفعاليته نتائجاً متضاربة. على سبيل المثال، أوضحت إحدى الدراسات تأييداً للعلاج النفسي بالقراءة في التغيير السلوكي (Rlorda& Wil-son,1989).

العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعددة الأشكال والصور Multimodality CAT

الإضافة الجديدة نسبياً لمناهج العلاج النفسي بالفنون الإبداعية تنطوي على استخدام الأشكال المتعددة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية، بدلاً من الاعتماد على شكل واحد مثل الرقص والموسيقى. هذا المنهج الواسع للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية أخذ عدة أسماء، منها : الفنون التعبيرية الإبداعية، وفنون الوسائط المتعددة للفنون التعبيرية (الإبداعية،فنون الوسائط المتعددة للفنون التعبيرية (Flehman& Fryrear,1981,Talerico, 1986). يشير مصطلح الأشكال المتعددة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية الى استخدام أي شكل من أشكال العلاج النفسي بالفنون الابداعية يريد المرشد النفسي (المعالج) والمسترشد استخدامه.

المفاهيم الأساسية : السبب المنطقي الرئيسي الذي يقف خلف الأشكال المتعددة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية تتمثل في أنه يخلق إمكانات غير محدودة للتعبير الإبداعي، في حين أن استخدام شكل واحد فقط يمكن أن يكون مقيداً بشكل غير ضروري، مما يؤدى الى حفظ الاستجابات الإبداعية من المسترشد (Talerico , 1986).

الإجراءات والنتائج: يمكن استخدام النموذج رباعي المراحل للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية مع كل أنواع الوسائط الابداعية – على سبيل المثال، الرسم،الموسيقى، أو الرقص – مع كل المسترشدون من كل الأعمار . (Nystul, 1980a, 1987a)، وفيما يلي نقدم لهذه المراحل الأربع:

1- ضع الأساس: يقوم المرشد النفسي بوضع الأساس للعملية الإبداعية بتوفير المواد الفنية الإبداعية .

2- ضع مثالاً: ربما يرغب المرشد النفسي في المشاركة في الأعمال الإبداعية مع المسترشد ليضع مثالاً للمغامرة، أو كشف الذات.

3- كن مطمئناً: ينبغي أن يتجنب المرشد النفسي في البداية تحليل التعبير الإبداعي لمسترشد ما من اجل التبصرات السيكولوجية قبل أن ينتهي المسترشد، حيث أن هذا قد يجعل المسترشد على وعي بذاته، ويتداخل مع المرشد النفسي الذي يختبر مباشرة التعبير الابداعي للمسترشد.

4- احصل على فهم لدوافع المسترشد : متى أتمّ المسترشد التعبير الإبداعي (مثلاً: أغنية أو رسم)، يمكن ان يحاول المرشد النفسي الحصول على فهم لدوافع المسترشد، ويمكن أن يحقق ذلك من خلال سؤال المسترشدون أن يصفوا ما يقوله التعبير الابداعي عنهم أو يصفوا أنفسهم بلغة التعبير الابداعي.

يمكن أن يشارك المرشدون النفسيون بقدراتهم الإبداعية في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعددة الأشكال والصور

إن استخدام الأشكال المتعددة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي يمكن أن يحقق عدداً من النتائج (Nystul,1980a,1987a). على سبيل المثال، يمكن أن يقدم معلومات تقييمية وتشخيصية، حيث يجعل المسترشد يسقط أفكاره ومشاعره في التعبير الإبداعي، مما يعزز الإفصاح الذاتي لدى المرشدين النفسيين والمسترشدون أثناء تعاونهم في المواد الإبداعية. كما يمكنه أيضاً أن يزيد من الاهتمام الاجتماعي للمسترشدون أثناء اكتشاف الدعم الذي يتم المشاركة في التعبير الابداعي. أيضاً يمكن للمرشدين النفسيين تنمية فهم لدوافع المسترشدون أثناء وصفهم أنفسهم عن طريق التعبير الابداعي، كما يمكن أن يعزز من المواجهة الوجودية، حيث يختبر المرشدون النفسيون مباشرة وجدانيات المسترشدون من خلال إطلاق الفنان لتعبيراتهم الإبداعية .

الفئات الخاصة: يمكن استخدام الأشكال المتعددة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية مع كل المسترشدون من كل الأعمار، ومن أمثلة هؤلاء الأفراد: الأطفال التوحديين (Nystul, 1986a)، والأطفال المضطربون وجدانياً (Nystul, 1978,1980a)، الشاب الذى يعانى من التاتأة، والذي يشعر

بالعزلة الاجتماعية (Nystul& Musynska,1986)، والطالب في مركز الارشادى النفسي الجامعي الذي يعاني من مشكلة جنسية (Nystul, 1979a) . بالإضافة إلى ذلك . فإن المرشد النفسي ليس مقيد بشكل معين، مثل العلاج النفسي بالرسم، بذلك يصبح لدى المسترشدون الفرص لاستكشاف المتنفسات الإبداعية. الملحوظة التالية تقدم مثالاً على الكيفية التي استخدمت بها العلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعدد الأشكال.

الملحوظة الشخصية

أحد الحالات، والتي تعتبر حالة خاصة بالنسبة لى، هي حالة لطفل في الصف الأول الابتدائي يدعى رون، فقد كنت مرشداً نفسياً في مدرسة ابتدائية، وأحيل الى رون من أجل الخدمات الإرشادية. السبب في الإحالة هو أنه يقضى معظم وقته في أحلام اليقظة في حجرة الدراسة، ويبدو انه ليس له أى أصدقاء. لقد كان رون غير مستجيب لأسئلتي أثناء الجلسة الإرشادية الأولى، لذا قررت أن نكون معاً في ظروف العلاج النفسي باللعب. وكما أوضحت في الفصل الحادي عشر، فإن منهجي للعلاج النفسي باللعب ينطوى على جزءين: برنامج لمفهوم الذات، ونموذج رباعي المراحل مرتبط بالعلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعدد الأشكال (Nystul,1980a)، بعد الانتهاء من برنامج مفهوم الذات، كان رون يهمهم بأغنية. طلبت أن يألف أغنية عما يشعر به . حاولت أن أصطحبه في جلسة الجيتار، واستجاب أن قام بالتغني بأغنية عميقة وحزينة '، هذه هى كلماتها: أمى تأتى إلى البيت وأبى يجلس في البيت

أمى تأتى إلى البيت، وأبى يجلس في البيت

تخرج أمى من البيت

تخرج أمى من البيت

وأنا لا أخرج من البيت

أبى يرعى الأطفال

أبى يرعى الأطفال

أبى يرعى الأطفال

من فضلك ساعدني

أنا أريد المساعدة

أبى يرعى الأطفال

وأمى خارج من البيت

وداعاً – وداعاً

أثناء ما كان رون يغنى، لم أحاول أن أحدد أى تبصرات سيكولوجية من كلمات الأغنية، ولكن عشت مع الموسيقى، وسمحت لقدرته الإبداعية أن تأسرني . وعندما أكمل رون الغناء، شعرت بأنني قد ذهبت إلى أبعد من محاولة الفهم أو التركيز على ألم رون أو أحزانه . بدلاً من ذلك، حاولت أن أحس – الى حد ما – هذه المشاعر أثناء ما كان يغنى ،ونتيجة لمواجهتنا الوجودية، حققت أنا و رون علاقة إرشادية خاصة . لذا، شعر رون بالحرية في مناقشة أفكاره ومشاعره معي، وفى وقت متأخر من ذلك اليوم،

استمعنا إلى أغنيته مرة أخرى، حيث قمت بتسجيلها على شريط فيديو. في هذه المرة كنت مهتماً باستكشاف الأغنية من أجل الدلالة النفسية. طلبت من رون أن يخبرني بما تقوله الأغنية عنه. استجاب رون بأن حدثني عن أوجه مختلفة لماضيه . أثناء ما كنت استمع إليه، بدأت أحدد الأخطاء الأساسية – وجهات النظر الخطأ التي يمكن أن تتداخل مع ما يريده الشخص من الحياة (كما هو موصوف في الفصل السابع). على سبيل المثال، قال أن أباه أسوداً، وكانت أمه تقول أن الرجال السود ليسوا على ما يرام، أو أنهم ليسوا خيرين وهذا خطأ أساسي، حيث إن نظرية أن كونه أسود له تأثير عكسي على شعوره نحو نفسه ونحو الآخرين (شئ يحتاجه هو من الحياة). للمساعدة في إعادة توجيه رون من هذا الخطأ الأساسي، طلبت مساعدة بيل، وهو مرشد أسود من مدرسة أخرى، الذى وافق على أن يشاركني في قيادة بعض جلسات الإرشاد النفسي باللعب . لقد أحب الطلاب بيل، لدرجه أن رون بدأ يشعر بأنه من الجميل أن تكون أسود اللون (أنظر Nystul,1980a لوصف كامل عن هذه الحالة).

الخلاصة والتقييم للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية

Summary and Evaluation of CAT

العلاج النفسي بالفنون الإبداعية أداة ديناميكية وقوية، حيث إن له العديد من الاستخدامات، مثل تعزيز الاجتماعية، توصيل الأفكار والوجدانيات، وتعزيز العلاقات الإرشادية، كما يمكن استخدامه كأداة إسقاطيه في التقييم والتشخيص على الرغم من أن العلاج النفسي بالفنون الإبداعية يمكن أن ينظر إليه على أنه مهنه ظاهرة أو إستراتيجية مساعدة ترتبط بالعلاج النفسي والإرشاد النفسي، إلا أنه لا توجد حتى الآن بحوث تجريبية عن تأثيره الدقيق على الأداء النفسي، والعملية الإرشادية .

الاتجاهات البحثية والإرشاد النفسي الخبراتي

RESEARCH TRENDS IN EXPEREINTIAL COUNSELING

أحد التطورات الهامة في عام 1900 هي الصدق التجريبى للمناهج الخبراتية (Warwar & Greenberg,2000). يشتمل الاستعراض للاتجاهات البحثية في مناهج الإرشاد النفسي الخبراتي (Greenberg et al, 1994) على ملخصات للدراسات الموجهة نحو تحديد المستفيدين من العلاج النفسي الخبراتي واتجاهات العلاج في العلاج النفسي الخبراتي. الدراسات التي تدرس تأثيرات خصائص المسترشد على النجاح في العلاج النفسي الخبراتي تظهر الآتي:

- المسترشدون الذين يحصلون على تقديرات عالية في المهارات الاجتماعية، الانتساب، والتوكيدية يميلون الى الاستجابة بشكل جيد في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص.
- المسترشدون المبالغون في ردة الفعل (بما فيها الهيمنة المرتفعة) أو مقاومة التأثير يبدو أنهم يأدون بشكل جيد في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص، بينما المنخفضون في ردة الفعل يؤدون بشكل جيد في العلاج النفسي الجشطالتي.

- المسترشدون الموجهون داخلياً(المسترشدون المنفتحون المهتمون بالخبرة الداخلية) يميلون إلى الأداء الجيد في العلاج النفسي المتمركز حول الشخص.

الاتجاهات العلاجية في العلاجات النفسية الخبراتية يمكن تلخيصها كما يأتي (Greenberg et al, 1994)؛

- العلاجات النفسية الخبراتية تبدو مفيدة في التعامل مع " القلق بشكل جيد" الى علاج اضطرابات القلق والاكتئاب، مع الأخذ بعين الاعتبار لبعض الاعتبارات العلاجية.
- ينبغي أن يكون المرشدون النفسيون على وعي بالعوامل في العلاج النفسي الخبراتي (مثل نقص التوجيه والاقتحامية أو التطفل) والتي يمكن أن تعوق التقدم العلاجي.
- يحتاج المرشدون النفسيون إلى الابتعاد عن الاستخدام المتناسق للنظرية الخبراتية إلى تكييف النظرية لمعالجة الاضطرابات الخاصة مثل الاكتئاب ونوبات الهلع.
- يمكن تطوير أدوار ومهام المرشدين النفسيين والمسترشدون، وتطبيقها، وتجهيزها لإعطاء معنى مركز لمعالجة المشكلات الخاصة وتحليل فعاليتها.

تأكيد روجرز على تنمية علاقة إرشادية إيجابية يُفرَد على أنه أحد أهم المتغيرات في فعالية الإرشاد النفسي (Greenberg& Bozarth, 2001). على سبيل المثال،يقدر دونكان ومونيهان (1994)، وهوبل ورفاقة (1999) إن العلاقة الإرشادية مسؤولة عن ما نسبته 30% من تغيير النجاح في الإرشاد النفسي، ترتبط موارد المسترشد مثل نظام الدعم الأسرى، ومهارات حل المشكلات، ومستوى التفاؤل بـ40% من التغيير في النجاح، تمثل الأساليب 15% من نجاح الإرشاد النفسي، آخر 15% ترتبط بتأثير إرضاء المسترشد. كما أن البحوث تؤيد العلاج النفسي بالفنون الإبداعية. حيث تذكر نجاح العلاج النفسي بالفنون الإبداعية بأشكاله المختلفة في علاج مدى واسع من المشكلات الإكلينيكية (Sherwood- Hawes, 1995). على سبيل المثال، يستخدم العلاج النفسي بالرسم بنجاح لعلاج التحرش أو الإساءة الجنسية، أيضاً، تبين أن العلاج النفسي بالرقص مفيد في علاج اضطرابات الاكل، أضف الى ذلك، ويستخدم العلاج النفسي بالموسيقى في مدى واسع من العلاجات، من الزهايمر الى علاج الآلام المزمنة، واضطرابات جهاز المناعة. كما تبين أن العلاج النفسي بالشعر والدراما فعال في علاج اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة، وإساءة استعمال المواد.

المداخل الموجزة للإرشاد النفسي الخبراتي

Brief Approaches to Experiential Counseling

على الرغم من أن النظريات الخبراتية لم تنشأ في الأصل من أجل الإرشاد النفسي الموجز، إلا أنها - فيما يبدو - واعدة كعامل مساعة في الإتجاه محدود الزمن للعلاج. فمن الممكن استخدام العلاج النفسي المتمركز حول الشخص في إنشاء العلاقة الإرشادية من خلال مهارات الاستماع

وتيسير الحالات أو الظروف الرئيسية. كما أن العلاج النفسي الجشطالتي العديد من المفاهيم والأساليب التي يمكن توظيفها في الإرشاد النفسي الموجز. على سبيل المثال،مفهوم الوعي قد يكون هدفاً مفيداً لزيادة استعداد المسترشد للإرشاد النفسي، واستخدام الضمائر الشخصية لمساعدة المسترشدون على تحمل المسؤولية عن سلوكهم من بين الأساليب الجشطالتية التي يمكن توظيفها أيضاً بالإضافة الى ذلك، فإن المفاهيم الوجودية، للحرية والاختيار، والمسؤولية تشجيع المسترشدون، وتعزز من دافعتيهم للاشتراك في عملية التغيير. العلاج النفسي بالفنون الإبداعية يناسب بشكل جيد العلاج النفسي الموجز، فمن الممكن استخدام أي شكل من أشكال الفنون الإبداعية – بنجاح حتى ولو في جلسة واحدة فقط (مثل أن يستمع المرضى في المستشفى يستمعون الى الموسيقى) أو يمكن استخدامه كمساعد لنماذج الإرشاد النفسي الموجز، المصممة لعلاج اضطرابات معينة .من الممكن ان يكون للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية تأثير ثابت ودائم بسبب القدرة العلاجية لخبرة العلاج النفسي بالفنون الإبداعية . يذكر هيل (1990) أن العلاج النفسي بالفنون الإبداعية غالباً ما يقدم طريقة فائقة للاستشفاء والعلاج أكثر من الطرق التقليدية.

قضايا التنوع في الإرشاد النفسي الخبراتي

Diversity Issues in Experiential Counseling

النظريات الخبراتية المتعلقة في القضايا التعددية أو التنوع مثل الثقافة و الجنس واعدة. وفيما يتعلق بالقضايا الثقافية قدّم روجرز (في أيامه الأخيرة) تدريبات حول العالم على كيفية استخدام نظريته الإرشادية في تعزيز العلاقات البينشخصية الموجبة، والتغلب على الصراع. كان يأمل في أن تقدم نظريته وسيلة للتخفيف من التوتر الحادث بين السلالات العرقية، وتعزيز السلام العالمي (Corey,2009) . هذه الجهود أدت إلى ان ينال روجرز جائزة نوبل للسلام قبل مماته . قدمت هذه النظرية والمتمركزة حول المسترشد أساساً سريعاً للإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Glauser & Bozdrth,2001) مفاهيم روجرز التي تلعب دوراً هاماًفي الثقافات المتعددة تشتمل على أهمية العلاقة الإرشادية، والظروف الرئيسية مثل التعاطف، الأحترام، والنقاء، التأكيد على "الذات" والمنظور الظواهرتي. هذه المفاهيم يمكن أن تقّدر إستقراءً في الإرشاد النفسي متعدد الثقافات، الذي يخاطب قضايا الفروق الفردية والتنوع . يمكن أن يهتم العلاج النفسي الجشطالتي في القضايا الثقافية (Corey,2009) حيث يمكن أن يساعد المسترشدون على دمج القوى المعاكسة (التناقض التام) التي يواجهونها مثل العمل خلال الصراعات بين ثقافتهم والثقافة المسيطرة. بالإضافة إلى ذلك، فإن العلاج النفسي الجشطالتي يؤكد على أهمية التواصل الغير لفظي كوسيلة حقيقية التواصل. من الممكن أن يساعد التواصل غير اللفظي في التغلب على سوء التفاهم في الإرشاد النفسي غير الثقافي، الذي ينتج من الفروق اللغوية . كما تعتمد الأشكال المتعددة للفنون الإبداعية – مثل الرسم والموسيقى والرقص) على التواصل غير اللفظي، والذي يعزز من قيمته عبر الثقافات المتعددة .

قد يلعب العلاج النفسي الخبراتي دوراً هاماً في الإرشاد النفسي عبر الثقافي من حيث دور المعنى الشخصي للحياة والشعور بالسيطرة على تحديد مصير الفرد (Corey,2009) على سبيل المثال، يمكن

أن يساعد الإرشاد النفسي الخبراتي الذين يشعرون بالاضطهاد والظلم، وهم ضحية قوى مثل العنصرية والجنسية – لأن يدركوا أنه وعند مستوى معين وهناك اختيارات وقرارات يتخذونها تؤثر في توجيهات حياتهم . إن الوعي بالاختيارات يمكن أن يقوي الشعور بالضبط والمسؤولية، والذي بدوره يمكن أن يسهم في الشعور بالمعنى في الحياة .

إن قضايا التنوع المرتبطة بالروحانية لها صلة بالعلاج النفسي اللغوي الوجودي لدى فرانكل (1963) (INGERSOLL,1995). يؤكد فرانكل في نظريته على علاقة العقل، الجسم، والروح، حيث تلعب الروح الدور الرئيسي في بحث المرء عن المعنى في عمليات السمو الذاتي، والتوحد مع الآخرين.

ذكر النقّاد للإرشاد النفسي الخبراتي بلغة قضايا التنوع الثقافية والجنسية (Corey,2009 , Pro-chaska & Nocross,2002). أن النظريات الخبراتية تؤكد على القوى النفسية الداخلية، وتقلل من قدر القوى البيئية في الصحة النفسية، والصحة الجسمية . إن التركيز الضيق على القوى النفسية الداخلية . تفشل في دمج الاتجاهات الإيكولوجية الحديثة أساليبها وإجراءاتها – مثل البنائية الاجتماعية، نظرية النظم في الإرشاد النفسي الأسري والزواجي، والتقييم البيئي . على سبيل المثال، تؤكد البنائية الاجتماعية على الدور الذي تلعبه القوى الاجتماعية (مثل اللغة ، والروايات، والثقافة) في التأثير على الكيفية التي يبني بها الناس الواقع (Gegen,1994A). فيما يبدو أن الإرشاد النفسي الخبراتي بدائي، يتسم بالتركيز الضيق غير الواقعي. فهو يفشل في الاعتراف بالدور الهام الذي يمكن أن تلعبه القوى البيئية مثل البطالة، الفقر، الازدحام، الجنسية، العنصرية، والقوى القهرية في الأداء النفسي. على سبيل المثال، من الاتجاه المطالب بالمساواة بين الرجل والمرأة، فإنه يمكن رؤية النظريات الخبراتية كطريقة الرجال في التحكم في المرأة ولومها على مشكلاتها مثل الاكتئاب (الاكتئاب يعود إلى "قصور نفسي داخلي"، وليس إلى قوى مثل القهر السياسي أو الجنسي، المنبثق من المجتمع والثقافة ذات الهيمنة الذكرية في التحليل النهائي، مازلنا في حاجة إلى أعمال أخرى تتعلق بفائدة الإرشاد النفسي الخبراتي بلغة قضايا التنوع . من المأمول فيه أن البحوث المستقبلية سوف تركز على كيف يمكن توسيع النظريات الخبراتية لخلق تفسير شامل للنمو الإنساني وتنميته، بما في ذلك الصحة النفسية والصحة الجسمية.

الخلاصة

يُطلق على بعض النظريات والمداخل الخبراتية بسبب منظورها، والمتمثل في أن المكاسب العلاجية تنتج مما يمر به المسترشد من خبرات أثناء الجلسة الإرشادية. النظريات الخبراتية الرئيسية الثلاثة هي: المتمركزة حول المسترشد، الجشطالت، والوجودية، وهي تعكس روح علم النفس الإنساني في مفاهيمها للطبيعة الإنسانية على أنها إيجابية محددة بشكل ذاتي، ومحققة ذاتياً.

إن قوة العلاجات الخبراتية تكمن في قدرتها على مساعدة المسترشدون على أن يكونوا على وعي بأفكارهم ومشاعرهم، ويستكشفون اختياراتهم الداخلية، ويعززون مسؤوليتهم الشخصية . أما مناحي الضعف في العلاقات الخبراتية فيمكن أن تكمن في تأكيدها المفرط على المشاعر وتغافلها عن

المعرفة والسلوك. لذا، فإن العلاجات الخبراتية قد تفتقد إلى الإستراتيجيات الإرشادية الضرورية لتعزيز البرنامج العلاجي الشامل.

العلاج النفسي بالفنون الإبداعية مهنة ظاهرة تتيح فرص للشهادات والتسجيل المهني المتخصص في الأشكال المتعددة من العلاج النفسي بالفنون الإبداعية مثل الموسيقى، الرسم، والدراما . العلاج النفسي بالفنون الإبداعية إستراتيجية إرشادية مساعدة يمكن استخدامها لتيسير العملية الإرشادية الأشكال المتعددة من الإرشاد النفسي للفنون الإبداعية إضافة جديدة لمجال العلاج النفسي للفنون الإبداعية، من مميزاته أن يستخدم المرشد النفسي والمسترشد الصورة التي يفضلانها تبين المعلومات عن الاتجاهات البحثية والمداخل الموجزة، وقضايا التنوع في الإرشاد النفسي الخبراتي أن النظريات والمداخل الخبراتية يمكن أن تكون مرنة ومفيدة في الأشكال المتعددة للإرشاد النفسي، من طويل المدى إلى الموجز. البحوث على الإرشاد النفسي الخبراتي بلغة قضايا التنوع قد ساعدت على تحديد بعض مناحي القوة والضعف في هذا المجال.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هي نظرياتك المفضلة من النظريات الخبراتية، وما هو أكثر شئ أعجبك في هذه النظريات؟

2- ما هو رأيك في العلاج النفسي بالفنون الإبداعية؟

3- كيف أثّرت نظرية التمركز حول المسترشد لروجرزعلى مجال الإرشاد النفسي؟

4- كيف تجلب النظرية الخبراتية المعنى لحياة الفرد؟

الفصل 9

النظريات السلوكية - المعرفية

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضاً للنظريات السلوكية والمعرفية للإرشاد النفسي ويشتمل على النقاط التالية :

- فن وعلم الإرشاد السلوكي – المعرفي
- استعراض للنظرية السلوكية – المعرفية بلغة نظرية الشخصية ونظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي (العلاج السلوكي ، العلاج السلوكي الانفعالي – العقلاني – العلاج المعرفي – العلاج التفاعلي – العلاج بالواقع – والعلاج بالمساواة بين الجنسين) .
- العلاج التفاعلي – العلاج بالواقع – والعلاج بالمساواة بين الجنسين) .
- الاتجاهات في الإرشاد الموجز
- قضايا التنوع
- مناهج الوعي
- الاتجاهات ما بعد المعاصرة .

فن وعلم الإرشاد السلوكي - المعرفي

BEHAVIOURAL COUN- -THE ART AND SCIENCE OF COGNITIVE SELING

إن هدف الإرشاد السلوكي – المعرفي يتمثل في مساعدة المسترشدون في معرفة كيف تؤدي أفكارهم وسلوكياتهم إلى انفعالات سلبية، ومساعدتهم بالتدخلات اللازمة في تعزيز النمو والتنمية الإيجابية. ويقوم هذا المدخل النظري على ما يلي:

أولاً، أن يعمل المرشدون النفسيون مع المسترشدون لمساعدتهم على اكتشاف الأفكار المضطربة وجهة نظر المسترشد، وليس من وجهة نظر المرشد النفسي.

ثانياً، يمكن أن يحاول المرشدون النفسيون عمل توازن من حيث استكشاف أسباب الأفكار المضطربة عن الأفكار المختلة وظيفياً مراعين القوى النفسية الداخلية والاعتبارات المستقبلية التي تظهر من الناحية السياقية بين المسترشدون والقوى الاجتماعية – الثقافية والسياسية في بيئاتهم.

الإرشاد السلوكي (والذي يركز على السلوك الظاهر، القابل للملاحظة والقياس يقوم على مبادئ

تتعلق بعلم الإرشاد النفسي هذه النظرية تحدث عنها سكينر (1995) في هدفه الدائم لتعزيز الاتجاه السلوكي. ومازال الإرشاد السلوكي – المعرفي هو الأقوى في العلوم ومن هذا المنطلق، فإن المدرسة السلوكية – المعرفية للإرشاد النفسي لها قاعدة بحثية هي الأقوى من أي مدرسة إرشادية أخرى.

تظهر الاتجاهات الحديثة في علم الإرشاد النفسي من خلال المداخل المرتكز على الوعي في العلاج النفسي النظريات المستقبلية مثل البنائية والبنائية الاجتماعية وتشمل مداخل الوعي على استخدام التأهيل النفسي في العلاج النفسي على سبيل المثال، يظهر علم الإرشاد النفسي في البحوث التي تبحث آلية تعزيز الصحة النفسية والجسمية والسعادة النفسية (مثلا : كيف يخفض التأمل من ضغط الدم). وقد قدمت نظريات ما بعد المعاصرة مدخلاً لتفهم المفاهيم الأساسية للعلم (مثلاً: المعرفة والواقع). واللذين يعتبران مصطلحين مترابطين لابد من فهمهما سياقياً (في إطار البيئة). إن تعريف الواقع يمكن أن يتباين وفقاً للثقافة كما يظهر في لغة وروايات الثقافة. إن علم الإرشاد السلوكي – المعرفي يمكن أن يدعم الطرق الاستكشافية في البحوث الكيفية، والتى يحاول فيها المرشد النفسي والمسترشد اكتشاف المعنى الشخصي الذي يمكن استخراجه من قصص المسترشد.

كما ذكرنا في الفصل السادس، فإن فن وعلم الإرشاد النفسي يوصي باستخدام المنظور متعدد الثقافات لمراعاة قضايا التنوع الثقافي في أثناء العملية الإرشادية. يمكن أن ترتبط النظريات السلوكية – المعرفية بالموضوعات المعاصرة، فإن طبيعة ومحتوى العمليات السلوكية والمعرفية يتباينان سياقياً (بيئياً) وفقاً لمتغيرات مثل الجنس (النوع)، وقد أشار الباحثون النمائيون أمثال كارول جيليجان (1982– 1990) أن السيدات يفكرن ويتصرفن بشكل مختلف فيما يتعلق بعمليات مثل اتخاذ القرار الأخلاقي، ونمو الهوية. ينطوى فن وعلم النظريات السلوكية المعرفية على عمل التعديلات اللازمة لهذه النظريات من خلال دمج نتائج البحوث متعددة الثقافات، والحفاظ على وإعادة حاجات المسترشد.

النظريات السلوكية - المعرفية BEHAVIOURAL THEORIES -COGNITIVE

تؤكد النظريات السلوكية – المعرفية على دور المعرفة والسلوك في الأداء النفسي والسعادة النفسية. والاتجاهات الحديثة نحو التعدد ودمج نظريات الإرشاد النفسي قد غيّرت تركيز بعض النظريات السلوكية – المعرفية فالنظريات التي لها تركيز معرفي في الأصل قد دمجت الأساليب السلوكية (مثلاً: العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني) والنظريات الموجهة بالسلوك قد دمجت الأساليب المعرفية والمفاهيم المعرفية (مثل: العلاج السلوكي، والعلاج بالواقع).

هذا الفصل يقدّم وصفاً للنظريات التالية: العلاج السلوكي، العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، العلاج المعرفي، التحليل الإجرائي العلاج بالواقع والعلاج بالمساواة بين الجنسيين. جدول (20) يقدّم استعراضا لهذه النظريات من حيث المفاهيم الأساسية، والعملية الإرشادية والأساليب.

العلاج السلوكي BEHAVIOURAL THERAPY

المعلومات الخلفية Background Information

يمكن أن تعود الجذور التاريخية للعلاج السلوكي إلى ثلاث نظريات للتعلم: الإشراط الكلاسيكي، الإشراط الإجرائي، والتعلم الاجتماعي. أشتق الإشراط الكلاسيكي من تجارب إفان بافلوف مع الكلاب. ففي هذه التجارب، أوضح بافلوف (1906) أنه أستطاع أن يجعل لعاب الكلب يسيل عند سماع صوت الجرس هذا أول توضيح لما أسماه بافلوف الاشتراط الكلاسيكي، وهو قاعدة اشراط الناس للاستجابة لمثيرها.

تم تطبيق مبادئ الإشراط الكلاسيكي لبافلوف -بعد ذلك- على الإرشاد النفسي وقد لعب جوسيف وولب (1958) دوراً رئيسياً في هذه العملية، حيث دمج مبادئ الإشراط الكلاسيكي في عملية نزع الحساسية المنظمة لعلاج المخاوف المرضية. هذا الأسلوب ما زال أحد المناهج الهامة والمحببة في علاج المخاوف المرضية.

طوّر سكينر المجال الثاني الرئيس لنظرية التعلم: الإشراط الإجرائي. افترض سكينر (1938-1961) أن التعليم لا يمكن أن يحدث بدون بعض صور التعزيز كما أشار إلى أن السلوكيات التي يتم تعزيزها سوف تتكرر والسلوكيات التي لا يتم تعزيزها تتلاشي. الإشراط الإجرائي - مقارنة بالإشراط الكلاسيكي عملية أكثر نشاطاً للتعليم في أن الشخص لابد أن يقوم بعمل شئ ما كي يُعزز.

طوّر سكينر مبادئ الإشراط الإجرائي في تجارب الصندوق لسكينر والمشهورة حتى الآن، حيث تنطوى هذه التجارب على تدريب فأر على الضغط على قضيب ليحصل على الطعام. حديثاً، تم الاستفادة من مبادئ الإشراط الإجرائي في التعلم المبرمج، الضبط الذاتي، وإجراءات التنظيم الموجهة بالسلوك، وإدارة المسترشدون في المؤسسات.

نظرية التعليم الثالثة الرئيسية التي ساعدت في صياغة العلاج السلوكي هي نظرية التعلم الاجتماعي. تمثل نظرية التعلم الاجتماعي - مع العديد من النظريات المعرفية - بُعداً جديداً للمدرسة السلوكية من بين الأفراد ذوى الصلة بهذه الاتجاهات الجديدة : بيك (1991) ميتشينبوم (1986)، ماهوني (1991) وباندورا (1986) وتحديداً، كان باندورا رائداً في دمج المعرفة في العلاج السلوكي.

ركزت أعمال باندورا (1977) الأولى لنظرية التعلم الاجتماعي على كيفية حدوث التعلم من الملاحظة، والتقليد أو المحاكاة. لقد كانت فكرته أن التعلم يمكن أن يحدث تماماً كوظيفة للضبط المعرفي - تحدياً مباشراً للنموذج السلوكي التقليدي : مثير- استجابة (Mahoney&Lyddon,1988) - بالإضافة إلى ذلك، فإن موافقة باندورا (1974) على التبادلية التفاعلية بين الشخص والبيئة تُعد نقطة تحوّل محورية من التركيز على البيئية فقط (Mahoney&Lyddon,1988,p.196) طوّر باندورا (1982,1986,1989) نظرية فعالية الذات التي ترتبط بمعتقدات الفرد عن قدراته على تحقيق النجاح في مهمة معينة تلعب فعالية الذات المدركة دوراً رئيسياً في احداث التغير السلوكي البنائى (Bandura ,1986). تشير نظرية باندورا إلى أن فعالية الذات يمكن أن تؤثر مباشرة في الأنشطة التي يختارها الناس ومستوى الجهد الذي سيبذل، ومدى استمرارهم إذا ما واجهوا نتائج معاكسة، أو أشياء غير مرغوب فيه (Johnson et al .1989).

ألبرت باندورا

جدول (20) النظريات السلوكية - المعرفية

النظرية	المؤسسون	المفاهيم الرئيسية	العملية الإرشادية	الأساليب
العلاج السلوكى	إفان بافلوف،سكينر،ألبرت باندورا، جوسيف وولب، دونالد ميتشينبوم	دمج المبادئ من نظريات التعلم،وضع الأساس فى المنهج العلمى، التركيز على السلوك الصريح الذى يمكن ملاحظته، رؤية الأمراض النفسية بشكل رئيسى من ناحية السلوك	تحاول تحقيق الأهداف الإرشادية الواضحة والدقيقة، مثل تعديل السلوك اللا تكيفي، تقوية السلوك المرغوب فيه، ومساعدة المسترشدين على تعلم اتخاذ القرارات الفعالة	التدريب على توكيد الذات ، تقليل الحساسية التدريجي التعزيز الرمزي، التعديل السلوك المعرفي، الضبط الذاتي.
العلاج السلوكى الانفعالى العقلانى	ألبرت إليس آرون	المقدمة المنطقية الأساسية تتمثل فى أن الاضطراب الانفعالى ينتج من عمليات	تساعد المسترشد على تعلم كيف تؤثر الأفكار اللاعقلانية أو اللامنطقية	أساليب إعادة البناء المعرفى للانفعال، تدريبات مهاجمة الإحساس بالذنب، العلاج النفسى

		التفكير اللامنطقية، أو اللاعقلانية		بالقراءة، الأساليب السلوكية .
العلاج المعرفي	ارون بيك	دور المعرفة في الصحة النفسية، سرعة التأثير المعرفي، التشوهات المعرفية، التحيز المنظم في تجهيز المعلومات، ثالوث المعرفة للاكتئاب، النموذج المعرفي للقلق .	يقدم برنامجاً علاجياً قصير المدى للاكتئاب، والقلق، والاضطرابات العقلية الأخرى، وهدفه النهائي هو محو التحيز المنظم في التفكير	الأساليب المعرفية مثل إزالة الكوارثية، إعادة العزو، إعادة التعريف، نزع التمركز، الأساليب السلوكية مثل التدريب على المهارة، الاسترخاء المتدرج، التدريب السلوكي، والعلاج النفسي بالتعرض .
تحليل التفاعلات	ايريك بيرن	الحالات الثلاثة للأنا (الوالد، الشاب، الطفل)، التحليل الإجرائي،لعبة الناس، مخطوطات الحياة، المواقع الحياتية الأربعة، الضربات الخفيفة	منهج تعليمي لتعليم المسترشد كيف يستخدم مفاهيم تحليل التفاعلات لاتخاذ قرارات إيجابية تتعلق بحياته	التحليل البنائي، تحليل التفاعلات، تحليل الألعاب
العلاج بالواقع	ويليام جلاسر	هوية النجاح والفشل، التركيز على المسؤولية، تجنب النعوت المرتبطة بالاضطرابات العقلية، الإدمان الإيجابي، نظرية الضبط	الهدف الرئيسي هو مساعدة العميل على تنمية هوية النجاح من خلال الفعل المسئول . كما تعلم العملاء كيف يستخدمون نظرية الضبط لإشباع الحاجات الأساسية، وعدم التداخل مع حقوق الآخرين .	تدمج مدخل الخطوات الثماني الذي يشتمل على خلق العلاقة، التركيز على السلوك الحالي، جعل المسترشد يقيّم السلوك، والقيام بعمل خطة عمل، وتحقيق الالتزام، عدم قبول الاعتذارات أو الأعذار، عدم استخدام العقاب، ورفض التخلي أو الإقلاع
العلاج بالمساواة بين الرجل والمرأة	لورا براون، هاريت ليرنر، إيندا رولينجز، كارولين إنس، وآخرون	التهميش، إعادة الاجتماعية، التنشيط الذكوري، الآفاق المحددة بالذات، الدفاع الاجتماعي	تنطوي على تعزيز المساواة بين الجنسين والتغلب على القوى القهرية مثل التهميش للمرأة، والذي من الممكن أن يقوّض ميول تحقيق الذات	يستخدم المعالج النفسي مدى واسع من الأساليب من العديد من مدارس الإرشاد النفسي، شريطة ألا تعكس تحيزات للجنس)مثلا: العلاج الأسري بالمساواة، العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي مثل التدريب على التوكيدية

نظرية الشخصية Theory of Personality

نظرية الشخصية في العلاج السلوكي يتم دمجها في نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي ولهذا المعنى، فإن التقييم والتشخيص يتداخلان ويتكاملان في العلاقة. على سبيل المثال، يقوم المرشدون النفسيون والمسترشدون برسم مخطط للتغيرات في السلوك لقياس التأثير النسبي لإجراءات التدخل المتعددة.

وجهة النظر عن الطبيعة البشرية: من الناحية التاريخية فقد نظر السلوكيون إلى الطبيعة الإنسانية على أنها محايدة. فلم يولد الفرد خيّراً أو شريراً، ولكن سوف يصبح ما ترسمه له الطبيعة، وهذه النظرة تتناقض مع التطور الإنساني، الذي يشير إلى أن الناس لديهم القدرة على تحديد مصائرهم، وسلوكهم، ومن ثم يستطيع الأفراد أن يأخذوا دوراً نشطاً في مصائرهم (Bandura ,1986 ,Meichenboum,1986).

المفاهيم الرئيسية: العلاج السلوكي الآن في حالة تغيير وارتقاء سريع (Wilson, 2008) حدد ريم كويننجهام (1985) العناصر الشائعة التالية التي تميّز العلاج النفسي السلوكي:

1- العلاج السلوكي يركز على العمليات والمعارف السلوكية الصريحة، التي يمكن ملاحظتها: ركزّ السلوكيون الأوائل على السلوك الصريح. حديثاً يُنظر إلى المجال المعرفي السلوكي على أنه عامل وسيط وهام في العلاقة بالسلوك.

2- يركز العلاج السلوكي على الآنية : تعتبر المعلومات عن الماضي وخبراته هامه فقط إذا كانت ترتبط بقضايا العلاج الحالية. التركيز منّصب على فهم وعلاج المشكلات الحالية المرتبطة بالسلوك والمعارف.

3- السلوكيات اللاتكيفية هي النتيجة الأساسية للتعليم : يمكن استخدام نماذج التعلم (الإجرائي الكلاسيكي، والتعليم الاجتماعي) لفهم علم أسباب المرض للسلوك اللاتكيفي. لذا يمكن استخدام مبادئ التعلم لتغيير السلوك اللاتكيفي.

4- تستخدم أهداف دقيقة، ومعرّفة بشكل جيد : يتم تحديد الأهداف بطريقة يمكن قياسها، ويمكن ملاحظتها متى كان ذلك ممكناً.

5- العلاج السلوكي مرتبط بالمنهج العلمي يستفيد العلاج السلوكي من مبادئ المنهج العلمي لتقييم الأساليب والإجراءات يُنظر إلى التقييم والعلاج كجزء من نفس العملية، حيث يخلقان آلية ثابتة لتقييم البحوث والمسؤولية الإجتماعية.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

العملية الإرشادية: يأخذ المرشد النفسي منهجاً نشطاً، توجيهياً يدمج في الغالب استراتيجيات حل المشكلات (Wilson,2008) من المتوقع أن يأخذ المسترشد دوراً نشطاً في العملية الإرشادية من

حيث التقييم وذلك خلال الانخراط في عمليات مثل المراقبة الذاتية والعلاج باكتساب مهارات جديدة وسلوكيات جديدة من خلال العمل والممارسة.

من المفاهيم الخطأ التي تتعلق بالمعالجين السلوكيين هي أنهم يرون العلاقة الإرشادية الإيجابية غير هامة بالنسبة للعملية الإرشادية (Wilson,2008). ومع ذلك، يذكر برادى (1980) أن طبيعة العلاقة الإرشادية يمكن أن يكون لها تأثير مباشر على نتائج العلاج السلوكي. بالإضافة إلى ذلك، وجد سوان وماكدونالد (1978) أن المعالجين السلوكيين قد أشاروا أن إجراءات بناء العلاقة هي احدى الإجراءات الأكثر استخداماً.

أن للعلاج السلوكي أهداف محددة ودقيقة، تشمل على اكتساب السلوكيات الضرورية ومهارات المواجهة، والتغلب على العمليات المعرفية للهزيمة الذاتية. (هدم الذات) يتحمل المسترشدون – متى كان ذلك ممكناً– المسؤوليات الرئيسية لتحديد أهداف العلاج. لذا، فإن دور المعالج النفسي ووظيفته موجهان نحو كيفية تحقيق الأهداف في العلاج النفسي وليس التركيز على الأهداف الفعالة (Wilson,2008).

الأساليب: معظم إجراءات العلاج السلوكي قصيرة المدى من الناحية الزمنية، على الرغم من أن بعضها قد يمتد من 25-50 جلسة (Wilson,2008). يستخدم المعالجون السلوكيون مدى واسعاً من الإجراءات والأساليب : تعديل السلوك المعرفي، الإدارة الذاتية، والضبط الذاتي فعالية الذات، النموذج المشارك، التدريب على التوكيدية، تقليل الحساسية التدريجي، والاقتصاد الرمزى.

التعديل المعرفي للسلوك: يستخدم تعديل السلوك المعرفي لدى دونالد ميتشينبوم (1986) العديد من الاستراتجيات المفيدة مثل العلاج بالتعليم الذاتى، والتدريب على دمج الضغوط. العلاج بالتعلم الذاتى شكل من أشكال العلاج بالضبط الذاتى، يتعلم فيه المسترشدون استخدام أدوات التحكم في، وضبط حياتهم. يحدث التغيّير السلوكي " من خلال سلسلة من العمليات الوسيطة، والتى تنطوى على تفاعل الحديث الداخلي، البناءات المعرفية، والسلوكيات والنواتج المترتبة عليها Mei(chen-boum,1977,p.218).

تشير هذه النظرية إلى أن لدى الناس مجموعة من المعتقدات أو البناءات المعرفية التي تؤثر في كيفية تصرفهم، أو كيف تكون ردود أفعالهم تجاه الأحداث من حيث الحديث الداخلي، إلى حد بعيد، فإن البناءات المعرفية، والحديث الداخلي يحددان كيف يتصرف الناس بها. إن تركيز العلاج النفسي على إعادة بناء البناءات المعرفية الخطأ تغيير الحديث الداخلي لكي يستثير سلوكيات المواجهة، وإذا لزم الأمر يستخدم العلاج السلوكي لتعليم استجابات المواجهة.

التدريب على دمج الضغوط منهج أخر مفيد يوظف عدداً من الأساليب السلوكية المعرفية مثل (إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، التدريب على الاسترخاء، التدريب السلوكي والتخيلي، والمراقبة الذاتية، والتعزيز الذاتى والجهود في التغيير البيئي) (Meichenboum, 1985, p.21)

يمكن أن يُستخدم هذا التدريب لعلاج اضطرابات مختلفة، إلا أنه مفيد أكثر في علاج القلق، تركز الإجراءات على مساعدة المسترشدون في تعلم آليات المواجهة ويتحقق ذلك من خلال تعليم المسترشدين مواجهة المواقف الضاغطة وتعزيز أداءهم من خلال تعديل الحديث الذاتي والتدريب على دمج الضغوط الشاملة، ويحاول أن يذهب إلى أبعد من التخفيف من الأعراض إلى تعلم مهارات يمكن أن تكون مفيدة في الوقاية من المشكلات في المستقبل، بما في ذلك الانتكاسة تنطوي العملية الفعلية لتطبيق دمج الضغوط على ثلاث مراحل: صياغة مفاهيم اكتساب المهارة والتدريب والتطبيق والمتابعة.

الإدارة الذاتية والضبط الذاتى : كانفر و جولدستين (1986)، باندورا (1986) ميتشينبوم (1986) جميعهم أكدوا على بإجراءات الإدارة الذاتية والضبط الذاتي، وهى إجراءات موجهة نحو مساعدة المسترشدون على أن يكونوا مسؤولين عن التغيير السلوكي (Gintner &poref , 1987) في هذه العملية، يقدم المرشد النفسي الدعم والخبرة في إدارة السلوك. أما المسترشد، فيتولي مسؤولية تنفيذ البرنامج (Kanfer &Goldstein ,1986) يمكن استخدام مدى واسع من المهارات لتعزيز الإدارة الذاتية والضبط الذاتي على سبيل المثال، يحدد كانفر وجولدستين (1986) المهارات التالية (أ) مراقبة الذات (ب) وضع قواعد السلوك من خلال الاتفاق عليها (ج) الحصول على الدعم البيئي (د) التقييم الذاتى (و) توليد نواتج تعزيزية للسلوك تعزز أهداف الضبط الذاتى. هناك مهارات ضبط أخري تتمثل في الاسترخاء المتدرج لضبط الغضب، التغذية الراجعة الحيوية لعلاج الاضطراب الجسمية - النفسية، والتدريب على التعلم الذاتي للتحكم في الغضب، والاندفاعية، ومشكلات المواجهة الأخرى (Wilson,2008).

فعالية الذات: كما أشرنا من قبل فإن فعالية الذات نظرية طوّرها في الأصل باندورا (1982,1986 1989) ترتبط باعتقاد الفرد في قدرته على انجاز مهمة معينة فعالية الذات ليست أسلوباً سلوكياً، إلا أنها يمكن النظر إليها على أنها مفهوم يجب مراعاته عند تطبيق الأسلوب. يذكر ريم & كونينجهام (1985) أن العلاجات التي تعزز التغيير الأكبر في فعالية الذات هي الأكثر فعالية في العلاج. كما يريان أيضاً أن الفعالية العلاجية ينبغي أن تزداد من خلال تطوير الطرق التي تنقل معلومات الفعالية للمسترشدون. يمكن تحويل معلومات الفعالية للمسترشد من خلال: (أ) الأداء الفعلي، والذي يعتبر المصدر الأقوى للمعلومات (ب) النمذجة، (ج) الإقناع اللفظى، (د) الإثارة النفسية (Bandura et al.,1982) لقد أجريت العديد من البحوث على فعالية الذات، والتى أوضحت أن فعالية الذات تتنبأ بالعديد من السلوكيات مثل الاكتئاب (Davis-Berman,1988) توقف العلاج (Gooding &Glasgow, 1985, Nicki et al, 1984) الشفاء من النوبات القلبية (Bandura ,1982) الأداء الرياضي (Lee,1985.McAuley,1985) والنجاح في برامج التخسيس (خفض الارث) (Weinberg et al.,1984)

بناءً على مراجعة المعلومات المتعلقة بفعالية الذات خلص جونسون ورفاقه (1989) إلى أنه "عبر المجالات السلوكية المتنوعة، فإن فعالية الذات تنبأت بفروق في الدرجة التي يختار الناس بها السلوكيات المستهدفة، ويقدمونها، وينجحون في أدائها (P.206).

النمذجة بالمشاركة: تقوم النمذجة بالمشاركة على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (1977,1986,1989) التي تؤكد على دور الملاحظة والمحاكاة في التعلم. وهذه النظرية تستخدم في الأساس لعلاج المخاوف المرضية، والمخاوف بوجه عام (Rimm & cunningham,1985). تنطوي النمذجة بالمشاركة على مرحلتين : الملاحظة، والمشاركة. أثناء مرحلة الملاحظات، يلاحظ المسترشد نموذجاً ينخرط في سلوك الخوف (مثلاً: يلاعب أو يلاطف كلباً). تشير البحوث إلى أن الفعالية تزداد عندما يكون النموذج مشابهاً للمسترشد في السن والجنس (Raskin &Israel,1981) والأسلوب الذي يقترب به النموذج من المهمة المخيفة (Meichenboum,1972) أما المرحلة الثانية فتنطوي على مشاركة المسترشد في السلوك المخيف أثناء هذه العملية، يوجّه المرشد النفسي المسترشد خلال سلسلة من التدريبات المرتبطة بالمهمة المخيفة (Rimm & cunningham,1985).

تدريب التوكيدية (تأكيد الذات): يمكن أن يكون التدريب على التوكيدية مفيداً للمسترشدون الذين يجدون صعوبة في المطالبة بحقوقهم، أو غير القادرين على التغيير عن مشاعرهم بأسلوب بنائي (Wilson,2008). يصف ريم وكونينجهام (1985) الخطوات التالية المتضمنه في التدريب على التوكيدية. أولاً يحدد المعالج والمسترشد ما إذا كانت هناك حاجة للتدريب على التوكيدية. ثانياً: يصف المعالج كيف أن زيادة التوكيدية قد يكون مفيدة الخطوة الثالثة، وهي الأكثر أهمية وتنطوي على عملية التدريب السلوكي، والتى خلالها يقوم المعالج بنمذجة السلوك التوكيدي، ثم يطلب من المسترشد إعادة السلوك التوكيدي وفي النهاية يقدم التغذية الراجعة والتعزيز المناسب.

تقليل الحساسية التدريجي: أسلوب طوره وولب (1958,1973) لعلاج المشكلات الناتجة من الاشتراط الكلاسيكي مثل المخاوف المرضية. كما أستخدم أيضاً في علاج العديد من السلوكيات اللاتكيفية الأخرى، بما في ذلك المخاوف المفرطة بشأن قضايا مثل الموت، الإصابة، أو الجنس (Kazdin , 1978).

يمكن استخدام الخطوات التالية لتطبيق هذا الأسلوب :

1- درّب الاسترخاء العميق: يستفيد اسلوب تقليل الحاسية التدريجي من مبدأ الاشتراط المعاكس من خلال تقديم استجابة الاسترخاء لتحل محل الاستجابة الشرطية السابقة المعاكسة. لذا، فإن المسترشد يتعلم المرور بحالة من الاسترخاء العميق عند ما يصف المعالج المشهد الإسترخائي.

2- اعداد الهرمية: يقوم المعالج والمسترشد ببناء سلسلة هرمية من المواقف التي تظهر استجابة الخوف لدى المسترشد، والتي سيقوم بتخيلها وهو في حالة من الاسترخاء التام. إن مسؤولية إعداد الهرم تقع على عاتق المسترشد فهو الذي يعاني الخوف أو القلق، ولكن المعالج (المرشد) يساعده في تحديدها وبعد ذلك يتم ترتيب المواقف بالتسلسل بدءاً بأقلها اثارة وانتهاء بأشدها اثارة.

من المهم أن تكون العبارات واضحة بحيث يستطيع المسترشد تخيل الموقف. مثال على ذلك: الطالبة في طريقها إلى الجامعة يوم الامتحان)."

3- تقدّم من خلال السلسلة الهرمية: يساعد المعالج المسترشد على الدخول في حالة من الاسترخاء العميق. ثم يسأل المعالج المسترشد تخيل الموضوع الأول في السلسلة ومن خلال تقديم استجابة الاسترخاء للموقف الذي أظهر من قبل (استجابة الخوف) يساعد المعالج النفسي المسترشد على أن يصبح فاقد للحساسية تجاه الخوف وذلك من خلال عملية الاشتراط المعاكس.

4- خاطب الخوف في المواقف الحقيقية: هذه الخطوة تنطوي على نزع الحساسية من المسترشد في المواقف الحقيقية من الحياة. مثلاً، إذا كان المسترشد لدية مخاوف مرضية من الثعبان (الافاعي)، فإن موضوع السلسلة الهرمية قد يتمثل في تخيل النظر الي ثعبان أثناء الممارسة الحقيقية. سوف يُطلب من المسترشد النظر إلى الثعبان حقيقي.

5- التقييم والمتابعة: الخطوة الأخيرة هي تقييم نجاح المسترشد في التعامل مع استجابة الخوف في العديد من المواقف خلال فترة زمنية ممتدة.

التعزيز الرمزي: طوّر آيلون وآرزين (1968) أسلوب التعزيز الرمزي لتعليم المرضى النفسيين تحمل المسئولية هذا الأسلوب -الذي استخدم في البداية في المستشفيات وأماكن الإيواء والمدارس- يقوم على مبادئ الاشراط الإجرائي وينطوي على إعطاء رموز لتعزيز السلوكيات المرغوب فيها مثل تنظيف المرء لحجرته بعد تجميع عدد من الرموز يمكن أن يستبدلها المسترشدون بأشياء أو بأي ميزات مثل القدرة على مشاهدة التلفاز. لزيادة الدافعية الداخلية، لابد من إزالة الرموز تدريجياً واستبدالها بمعززات اجتماعية مثل التشجيع، لتمكين المسترشدون من الحفاظ على السلوكيات المكتسبة حديثاً بعد مغادرة مكان العلاج.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

يركز العلاج السلوكي على السلوك الواضح تؤكد العملية الإرشادية على أهمية إنجاز أهداف واضحة مذكورة في سياق سلوكي كما يظهر التقدم في العلاج النفسي عندما يكون هناك تغيير أو تعديل للسلوك يُنظر الي العلاج والتقييم كجزء من العملية نفسها، حيث يخلقان آلية مهيكلةً للبحوث والمسؤولية التربوية.

استنتج إميلكامب (1994) في تلخيصه للبحوث عن العلاج السلوكي أنه كان مفيداً وفعالاً في علاج عدد من الاضطرابات العقلية وهموم المسترشد، على سبيل المثال:

- اضطراب القلق مثل المخاوف المرضية، واضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، والقلق العام، واضطراب الوسواس القهري.
- الكحولات (بما في ذلك علاج تناول المسكرات)

- الاحباط (يكون الارشاد السلوكي مفيداً أكثر عند استخدامه مع الاتجاهات الإدراكية المعرفية مثل المعالجة المعرفية).
- الاضطرابات الجنسية .

هناك بعض نقاط الضعف في المنهج السلوكي مثل عدم مراعاته لأهمية المشاعر والوجدانيات في العملية الإرشادية، كما أنه يميل إلى تجاهل العوامل التاريخية التي يمكن أن تسهم في مشكلة المسترشد والتقليل من استخدام الاستبصار في العملية الإرشادية .

العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني

EMOTIVE BEHAVIOUR THERAPY -RATIONAL

المعلومات الخلفية Background Information

حصل ألبرت إليس (1913- 2008) على درجتي الماجستير والدكتوراه في علم النفس الكلينيكي من جامعة كاليفورنيا، وذهب للممارسة في مجالات العلاج الجنسي، والأسري والزواجي، وفي عام 1950 طوّر إليس في البداية نظريته عن الإرشاد النفسي والتى أطلق عليها العلاج العقلاني.

ألبرت إليس

وفي عام 1962 نشر إليس : المنطق والوجدان في العلاج النفسي" والذي وضع الأساس لنظريته المستخدمة والمنقّحة والتى أطلق عليها : العلاج الانفعالي العقلاني. غيّر إليس اسم نظريته في عام 1993 الي العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ليعترف بالعلاقة المتبادلة بين الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات في الأداء الإنساني (2008, 1993, Ellis) كان إليس غزير العطاء، ومعالجاً نشطاً، والمدير التنفيذي لمعهد العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني منذ عام 1960. الملحوظة الشخصية التالية تقدم معلومات إضافية عن اهتماماته وأنشطته المهنية.

ملحوظة شخصية

لقد شرفت بعقد مقابلة مع إليس عندما كان في الحادي والسبعين من عمره، ووجدته مفعّماً بالنشاط والحيوية (Nystul,1985a) فقد ذكر أن جدولة اليومي يشمل على تقديم الإرشاد الفردي والجمعي من 9.30 صباحاً إلى 11.30 مساءً ومن الأنشطة الأخرى لإليس إدارة المعهد والإشراف على العديد من المعالجين، وتقديم عروض تلفزيونية، وتنفيذ ورش عمل، وكتابة ما يقرب من 20 مقالة، وكتاب أو كتابين كل سنة.

على الرغم من أن إليس قد كتب أكثر من 45 كتاباً و 500 مقالة، إلا أنه ليس لديه نية للتقاعد عند نهاية المقابلة قال:

"كل هذه الأنشطة ممتعة بالنسبة لي أكثر من النوم على الشاطئ أو التجوال أو قراءة وقصص رومانسية. أتمنى أن تبقى صحتي جيدة على الرغم من مرض السكر الذي اُبتليت به خلال الثلاثين عاماً الأخيرة وأن أموت في مركز السلطة بعد عقود من الآن.

منذ سنوات عديدة مضت، توصلت إلى استنتاج أنني عندما أموت سوف أكون لدى ما يقرب من 100 كتاب لم انته من كتابتها بعد، وهذا إحباط أتقبله بواقعية. أفضل أن أعيش للأبد، واستمر في استكشاف مجال الاضطرابات الإنسانية، ومجالات السعادة والتحقيق الذاتي لفترة غير محدودة ولكن سوء الحظ قد يلازمني: ففي يوم من الأيام، في المستقبل، سوف تسوء صحتي. حظ سيئ ولكن هذا شئ فظيع ومخيف. (Nystul,1985a , p . 254)

نظرية الشخصية Theory of Personality

نظرية العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني للشخصية تؤكد على دور المعارف (وإلى حد ما السلوكيات) في الوجدانيات. يشير العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني إلى أن الناس يمكن فهمهم بشكل أفضل إذا فهمنا طبيعة حديثهم الذاتي (الحوار المعرفي الداخلي).

وجهة النظر عن الطبيعة الإنسانية: يعتقد إليس (1946,2008) أن الناس لديهم القدرة على أن يكونوا عقلانيين أو لاعقلانيين - إما محافظين على أنفسهم، أو مدمرين لها كما يشير إلى أن الناس يدركون ويفكرون، وينفعلون، ويتصرفون بشكل تلقائي. لذا، لكي يتم فهم السلوك الذي يتصف بتدمير الذات (الهزيمة الذاتية)، ينبغي فهم العلاقة المتبادلة بين التفكير والشعور، والسلوك (Ellis ,1946 ,2008).

المفاهيم الرئيسية: ترتبط المفاهيم الرئيسية في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (Ellis,1962 ,1996,2005) بدور المعرفة، وكيف يمكن للأفكار اللاعقلانية ايجاد الهزيمة الذاتية والنتائج المضطربة وجدانياً.

دور المعرفة: المقدمة المنطقية الرئيسية تتمثل في أن الاضطراب الانفعالي ينتج بشكل أساسي من العمليات المعرفية، التي هي في الأصل لاعقلانية، أو لا منطقية في طبيعتها (Ellis ,2008) يعرف إليس وهاريز (1975) العقلاني بأنه أي شئ يعزز السعادة والبقاء للفرد، أما اللاعقلاني فهو أي شئ

يمنع السعادة الشخصية والبقاء. إحدى الطرق في تحديد عمليات التفكير اللاعقلانية أو اللامنطقية تتمثل في البحث عن المقولات أو الجمل التي تحتوى على "ينبغي أو يجب غير الشرطية "أو" لا بد "الإلزامية (Ellis,2008, Ellis, &Horper,1975) من أمثلة مقولات الهزيمة الذاتية ما يلي:

- ينبغي على أن أحصل على "A" في كل الأحوال، وإلا سأكون غبياً.
- لابد أن أفكر جيداً عندما أختار صديق، فكل من عرفتهم ليس لهم قيمة.
- لابد أن أؤدي عملي بشكل جيد، وإذا لم أفعل، فليس لي أية قيمة.

يرى إليس (1977,2008) أنه ليس كل المقولات الخاصة بالمعتقدات اللاعقلانية تحتوى على "ينبغي" أو "لابد" وفقاً لإليس، يمكن أن تكون الأفكار اللاعقلانية في شكل مقولات ذاتية للهزيمة الذاتية مثل:

- الإدانة الذاتية : أنا ليس لي أي قيمة، ولا منفعة.
- لا أطيق ذلك : لا أتحمل فكرة خسارة صديقي.
- الرعب : لا أريد أن ألد طفلاً في هذا العالم المخيف.
- الحروف الأولية : A,B,C,D,E

A :	activating	نشط
B :	Beliif	اعتقاد
C :	Consequence	نتيجة
D :	Dispute	يخالف
E :	Effect	تأثير

قد تعود شعبية العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني جزئياً إلى بساطته. الإجراءات الرئيسية المرتبطة بالعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يمكن تعليمها للمسترشد من خلال استخدام الحروف الأولية (A,B,C,D,E) حرف (A) في هذه الحروف الأولية يعنى الحدث النشط Activating Event، وهذا يمثل كل ما يقوم المسترشد بردة فعل تجاهه، مثل محادثة تليفونية خالية، أو تقرير تلقاه المشرف. اما حرف (B) فيمثل النظام الاعتقادي لدى المسترشد أو ردة الفعل المعرفية للحدث النشط. أما (c) فهى النتيجة الانفعالية التي يمر بها المسترشد مثل الشعور بالقلق أو الاكتئاب في حين أن حرف (D)، يشير إلى أن المسترشد يتعلم أن يخالف عمليات التفكير المسببة للهزيمة الذاتية. أما حرف (E) فهة تأثير عملية المخالفة. يشير إليس (1962,2008) إلى أنه ليس (A) هي التي تسبب رده الفعل الوجدانية الخطرة (C) لكي تحدث (C) فإن عملية التفكير للهزيمة الذاتية لابد أن تحدث عند (B). وبهذا فإن المسترشد يكون قد تعلم كيف يخالف عمليات الهزيمة الذاتية (D) وأن يولد التأثير الإيجابي (E) أيضاً، يشير إليس (1962,1996 2008,) إلى أن ردود الفعل المعرفية للهزيمة الذاتية

تسمح بنموذج يمكن التنبؤ به عادة ما يبدأ الناس بردة فعل عقلانية للحدث النشط بعد ذلك، يميلون إلى الانخراط في الحديث الذاتي الذي يتميز باللامنطقية أو اللاعقلانية. وأخيراً يبالغون بشكل كبير في ردة الفعل تجاه الموقف مما يجعله يبدو كارثة. من المهم الإشارة إلى أنه لكي يكون العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني فعالاً، ينبغي على المرشدين النفسيين أن يكونوا حذرين من التركيز فقط على جمل وعبارات المسترشد، بل ينبغي عليهم أيضاً مساعدة المسترشدون على استكشاف ومخالفة الهزيمة الذاتية "معانٍ، وتقييمات، وصور، وأشكال أخرى من أشكال المعرفة" (Ellis ,1996 ,p.648).

ومن هذا المنطلق، يشير إليس إلى أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني كان دائماً متناغماً مع الاتجاهات ما بعد المعاصرة، التي تعترف بالأصوات المتعددة التي تظهر في القوى الاجتماعية مثل الثقافة، واللغة، والروايات (Ivey, 1996) تقدم الملحوظة الشخصية الآتية توضيحاً للعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني:

ملحوظة شخصية

تيم يبلغ من العمر 30 عاماً، وقد جاء بنفسه إلى عيادة الصحة النفسية يشكو من القلق والاكتئاب، والتهديد بالانتحار أخبرني تيم بأنه قد بدأ حديثاً وظيفة جديدة كمحاسب لشركة ما : بعد يومين، أعاد رئيسه تقريراً كتبه، يحمل عدة مقترحات وأوضح أخطاء في الإحصائيات التي أجراها. طلب منه الرئيس إعادة النظر في المقترحات ومراجعة التقرير بناء على هذه المقترحات أخبرني تيم عن كل ما كان يفكر فيه، وكان أن الرئيس ما يريد أن يوقعه في الأخطاء.

قررت أن استخدم العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني مع تيم، وأعطيته استعراضاً للحروف الأولية (A,B,C,D,E) قررنا معاً أن الحدث المنشط (A) هو إعادة الرئيس التقرير، أما (B) فهي ردة فعله المعرفية تجاهه (A) وهي الرئيس لا يريد إلا أن يوقعني في الأخطاء") و (C) فهي مشاعره المتمثلة في القلق، والاكتئاب، والانتحار نظراً لأن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يركز على المعرفة فإننا قد استكشفنا ردود أفعاله المعرفية لـ (A) اتبعت عملية التفكير لدى تيم النموذج القابل للتنبؤ الموصوف سابقاً. فقد بدأ بردة فعل معقولة" يبدو أن هناك بعض الأخطاء "ثم بدأ يفكر لاعقلانياً، وقال أشياء مثل "هو يريد أن يوقعني في الخطأ أنا أعلم أنه رأى خطأ قراره في أن يجعلني أعمل عنده، ويبحث عن طريقة يطردني بها من العمل" وفي النهاية، أصبحت أفكاره كوارثية، حيث خلص إلى "إنها مسألة وقت، وسوف يطردني، ولن أحصل على وظيفة أخرى، أعتقد أني ليس لي أي أمل في الحياة".

كما استكشف كيف أن القوة الثقافية الاجتماعية يمكن أن تؤثر في المعاني، والتقييم، والتصورات الشخصية المرتبطة بالقصة. ومن هذا المنظور ذكر أنه بالغ في ردة الفعل تجاه الموقف، ويعود ذلك إلى الرسائل الوالدية المتكررة "مهما يحدث، عليك أن تؤدي بشكل جيد في العمل".

عندما سألت تيم عن شعوره عندما قال هذه الأشياء لنفسه، أجاب "فظيع" بدأ تيم يدرك أن أفكاره يمكن أن تسبب حالة وجدانية حادة عند (C) حاولت أنا وتيم إعادة بناء ردوده المعرفية نحن خالفنا (D) ردود أفعالة اللاعقلانية مع ردود أفعالة العقلانية. على سبيل المثال غيّر "الرئيس لا يريد إلا أن يوقعني في الخطأ" إلى "الرئيس لدية بعض التعليقات على التقرير الذي قدمته؛ أيضا قمنا بالبناء المشترك لروايات جديدة أكثر واقعية تصف كيفية وضع مفاهيم العمل فيما يتعلق النجاح والفشل.

ومع نهاية جلسة الإرشاد الأولى، لم تعد لدى تيم الانفعالات الحادة من القلق والاكتئاب، والتفكير في الانتحار. فقد قال أنه لم تكن لدية فكرة عن كيف يكون للأفكار القوية تأثير على الوجدانيات وأنه سعيد أن أصبح لدية أداه يمكن استخدامها لمساعدته على التحكم في ردود أفعاله الوجدانية. كما أشار تيم إلى أنه ما زال يشعر بعدم الراحة بشأن علاقته مع رئيسة في العمل، حيث إنه يريد أن يري الرئيس طريقته في أداء عمله وافق تيم على أن يسأل الرئيس هذا السؤال كواجب منزلي وفي بداية الجلسة التالية، ابتسم تيم وقال " أرى أنى حمّلت نفسي من القلق مالا داعي له فقد قال لي الرئيس أن عملي جيد، وانه يقدّر مراجعتى للتقرير " وبعد ذلك بقليل انتهت جلسات الإرشاد النفسي.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

عملية الإرشاد النفسي: إن الهدف الرئيس للعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني هو إعادة بناء معارف الهزيمة الذاتية للمسترشد ومساعدتة على اكتساب فلسفة أكثر واقعية عن الحياة (Ellis 2008,) العملية الفعلية للعلاج النفسي تعليمية ومواجهة في طبيعتها.

فالمعالج النفسي يعّلم المسترشد كيف يخالف أفكاره اللاعقلانية، ويواجه أو حتى يهاجم -إذا لزم الأمر النظام القيمي للهزيمة الذاتية لدى المسترشد. متى أصبح المسترشد على وعى بالحديث الذاتي السلبي لدية، يمكنه خلق رده فعل معرفية تولّد نتيجة انفعالية أكثر إيجابية تخص العلاقة الإرشادية، لا يعتقد إليس (2008) بأن العلاقة الدافئة ضرورية أو شرط كاف لتغيير الشخصية ويعتقد أيضاً أن على المعالج أن يتقبل المسترشد تماماً ولكنه أيضاً مسؤول عن توضيح التناقضات في سلوكياتهم إذا لزم الأمر (Ellis ,2008) .

- **الأساليب:** أساليب العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني التي حددها إليس (1962,2008) تشمل على الأساليب المعرفية، والأساليب الانفعالية والأساليب السلوكية.
- **الأساليب المعرفية:** إلى حد بعيد، يركز العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني على مساعدة المسترشدون في التغلب على معارف الهزيمة الذاتية. إن إعادة البناء المعرفي هو الأسلوب الرئيسي المستخدم، وينطوى على إعادة بناء المعارف اللاعقلانية واللامنطقية من خلال الحروف الأولي (A,B,C,D,E).

في حين تشمل الطرق المعرفية الأخرى أساليب مثل إعادة التأطير، والذي ينطوى على إعادة تعريف (أو إعادة تاطير) الموقف السلبي إلى سطور أكثر إيجابية، والمرجعية، والتي تنطوى على مساعدة المسترشدون على صياغة المشكلة من منظور شمولي وليس مجزأ (Livench & Wright ,1999).

أيضاً يُستخدم العلاج النفسي بالقراءة في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لمساعدة المسترشدون على تعلم كيفية تطبيق العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني في الحياة اليومية.

- **الأساليب الانفعالية:** الأساليب الانفعالية (أو الانفعالية المثيرة للعواطف) تركز على المجال الوجداني أو الانفعالي هذه الأساليب يمكن أن تلعب دوراً رئيسياً في مساعدة المسترشدون

على تعلم كيفية تقبل أنفسهم (Corey,2009) على سبيل المثال، يمكن استخدام الدعابة لمساعدة المسترشدون، والتوقف عن النظر إلى أنفسهم نظرة دونية. تشمل الأساليب الانفعالية الأخرى على استخدام الخيال لخلق نماذج انفعالية أكثر إيجابية (تخيل ماذا يعني أن يتغلب المرء على المخاوف)، وتدريبات الهجوم على الشعور بالذنب، والتي يتعلم فيها المسترشدون التغلب على الشعور بالذنب بأن يصبحوا أقل قلقاً بشأن الكيفية التي يراهم بها الآخرون.

- **الأساليب السلوكية**: يستفيد العلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني من مدى كامل من الأساليب السلوكية لمساعدة المسترشدون على تحقيق أهدافهم من أمثلة الأساليب السلوكية استخدام الاشراط الإجرائي (مثل: تعديل السلوك)؛ وتدريب التوكيدية (تأكيد الذات)، تقليل الحساسية التدريجي، والعلاج النفسي بالاسترخاء، وإدارة الذات (بما فيها مراقبة الذات) تلعب الواجبات المنزلية دوراً تكميلياً في تطبيق الأساليب السلوكية، ومن خلالها يجرّب المسترشدون ويمارسون ما تعلموه في الارشاد النفسي في أنشطتهم اليومية.

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

تشير مراجعة المعلومات الخاصة بالعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني إلى أن هناك بعض التأييد لفعاليته (Weinrach ,1995) على سبيل المثال، التحليل البعدي لـ 70 دراسة عن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني بين أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لا يتفوق على أي علاج، وأن له فعالية مشابهة للمناهج الأخرى مثل تعديل السلوك المعرفي، والعلاج النفسي المعرفي (Lyons & woods ,1991).

مدخل العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني موجّه تعليماً، ويحاول تعليم المسترشد كيفية التغلب على ردود الفعل المعرفية للهزيمة الذاتية. أحد نقاط القوة في هذا العلاج هو بساطته، حيث يمكن تعليمه للمسترشد بلغة بسيطة مثل الحروف الأولي (A,B,C,D,E) ومع الوقت، يمكن أن يتعلم المسترشدون استخدام أدوات تجعلهم هم المعالجون لأنفسهم، وتكسبهم التحكم في صحتهم النفسية.

أما نقاط الضعف الرئيسية في هذا العلاج فتتمثل في المبالغة في التأكيد على دور المعرفة في علم أسباب المرض للاضطرابات العقلية، والاضطرابات الوجدانية. بالإضافة إلى ذلك، قد يبالغ في تبسيط المطلوب لإعادة بناء المعرفة بشكل فعال. بالنسبة لكثير من المسترشدون، فإن المطلوب أكثر من مجرد تغيير الأفكار اللاعقلانية الي أفكار عقلانية كما أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يتجنب استكشاف عوامل أخرى مثل تجارب الحياة الحقيقية لما بعد الصدمة، والتي من الممكن أن تمثل اعتبارات علاجية هامة.

العلاج النفسي المعرفي COGNITIVE THERAPY

المعلومات الخلفية Background Information

أثناء منتصف الخمسينيات، طوّر آرون بيك (المولود عام 1921) المنهج الموجّه بالمعرفة لعلاج الاضطرابات العقلية، رافضاً تدريبه السابق على التحاليل النفسية. أشتهر بيك بأعمال عن الاكتئاب (Beck,1987,1991,Becketal,1979)، والقلق (Beck & Emery,1985) أعمال بيك الأولى عن الاكتئاب نتج عنها تطوير قائمة بيك للاكتئاب، والتي يتم استخدامها على نطاق واسع في العيادات والبحوث.

آرون بيك

نظرية الشخصية Theory of Personality

نظرية الشخصية للعلاج المعرفي تؤكد على دور العمليات المعرفية في نمو الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب والقلق. يشير العلاج المعرفي إلى أن أسباب المرض بالنسبة لكثير من الاضطرابات العقلية يمكن أن تعود مباشرة إلى الخلل الوظيفي المعرفي، الذي ينطوي على سوى تفسير الدلالات البيئية (مثلاً، صديقي لم يحضر، إذا لا يحبني).

وجهة النظر عن الطبيعة البشرية : يشير بيك إلى أن الناس هم نتاج التفاعل بين العوامل الفطرية والبيولوجية والنمائية، والبيئية (Beck& weishaar,2008) كما يشر أيضاً إلى أن الناس لديهم قدرة على التقرير الذاتي من خلال التأكيد على دور المعرفة في الصحة النفسية.

المفاهيم الرئيسية: يصف بيك و ويشار (2008) المفاهيم الرئيسية التالية المرتبطة بالعلاج النفسي المعرفي

- دور المعرفة في الصحة النفسية: الوجدانيات والسلوكيات يحددها بشكل أساسي مدى إدراك الفرد للأحداث، وتفسيره لها، والمعانى التي يضفيها عليها.
- سرعة التأثر المعرفي: إن لبناء الشخصية قابلية للتأثر يجعلها مستعدة للضغوط النفسية وهذه التأثيرات تعرّف بالمخططات المعرفية،/ التي تعتبر معتقدات وافتراضات أساسية تنمو مبكراً في الحياة، وتعززها مواقف التعلم خلال فترة الحياة، كما أنها تخلق معتقدات وقيم، واتجاهات عن أنفسهم، وعن الآخرين، والعالم. هذه المخططات المعرفية قد تكون ناجحة أو مختلة

وظيفياً. من أمثلة المقولات التي تشير إلى المخططات المختلة وظيفياً للشخصية الحدّية ما يلي:-

"هناك شئ خطأ فيّ" و "ينبغي أن يساعدنى فيه الناس، ولا ينتقدونى" ولا يتخلوا عني، والا يختلفوا معى، ولا يخطئوا فهمى ولا فهم مشاعري" (Beck& wei-shaar,1989,p.294). المخططات المعرفية المختلة وظيفياً يمكن أن تسهم في التشوهات المعرفية والتحيزات المنظمة في معالجة المعلومات، والمشكلات الأخرى المرتبطة بالتوترات الانفعالية.

- التشوهات المعرفية: التشوّه المعرفي عبارة عن تشوّه نظامى في الاستدلال ينتج عن توتر نفسي. التشوهات المعرفية التي حددها بيك و ويشار (2008) تشمل ما يأتي:

- الاستنتاج الاعتباطي: وينطوي على الخروج إلى إستنتاج ليس له دليل يدعمه أنه يتناقض مع دليل موجود
- التجريد الانتقالي: يحدث عند ما يتم أخذ معلومات من السياق وتجاهل معلومات أخرى.
- المبالغة في التعميم: وتنتج عندما يتم صياغة قاعدة عامة على أساس حدث مستقل أو أكثر، تعميم هذه الأحداث على مواقف لا صله لها بها.
- التكبير والتصغير: ينطوى على رؤية الأشياء في ضوء النسبة بشكل أقل أو أكبر مما هي عليه.
- الشخصية: تحدث عندما يتم عزو الأحداث الخارجية للذات بدون دليل أو ارتباط سببي.
- التفكير التصنيفي: ينطوى على صياغة فهم تجربة ما على أنها: إما... أو......، مثل رؤية الشئ على أنه إما جيد أو سيئ.

التحيز المنظم في معالجة المعلومات: تتسم الاضطرابات العقلية بالتحيّز في معالجة المعلومات. تبدأ التحيّزات عندما يخطئ الفرد في قراءة الأحداث الخارجية، ومن خلال ذلك يخلق استجابات مختلة وظيفياً. على سبيل المثال، الشخص الذي يعانى من رهاب الاحتجاز قد يخطئ في قراءة الركوب في المصعد على أنه موقف خطير. إذاً، يميل التحيّز المنظم إلى التحوّل إلى الرسائل الخارجية مثل الاستجابات الفسيولوجية. في هذا المثال، قد يخطئ الشخص في قراءة مشاعر التوتر والخوف من شر مرتقب على أنها نوبة قلق.

الثالوث المعرفي للاكتئاب: الثالوث المعرفي يتسم بالنظرة السالبة عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل. يمكن أن تظهر الأعراض النفسية والجسمية للاكتئاب من الثالوث المعرفي. يذكر بيك وويشار (2008) أمثلة عديدة عن هذه الظاهرة. إن الشعور بعدم القدرة على المجابهة، أو التحكم في الأحداث يمكن أن يؤدى إلى شلل الإرادة. يمكن أن تسهم التوقعات السالبة عن الحياة في الأعراض الجسمية للإكتئاب مثل ضعف الطاقة، والتعب، والكسل.

- النموذج المعرفي للقلق : يحدث عندما تكون معالجة المعلومات لدى الفرد خطأ، مما ينتج عنه إحساس بالخطر عندما لا يوجد خطر أصلاً. الناس أصحاب هذا القلق لديهم صعوبة في تصحيح الإدراك الخطأ لديهم بالتعرف على دلائل الأمان أو الأدلة الأخرى على الأمان تتميز المعرفة لدى الأفراد القلقين بموضوعات الخطر وما شابهها من أذى وضرر.

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Theory of Counseling and Psychotherapy

عملية الإرشاد النفسي: يلخص بيك رأيه في العلاج المعرفي في مقابلة مع وينراخ (1988):

"العلاج المعرفي علاج قصير المدى طوّر في الأساس لعلاج الاكتئاب والقلق، وهو الآن يُستخدم لاضطرابات الشخصية، اضطرابات الأكل، وبعض الأنواع الأخرى من المشكلات التي كانت مقاومة للعلاج النفسي في الماضي. وهو يقوم على وجهة نظر العلاج النفسي التي تشير إلى أن السلوك المختل وظيفياً والوجدان المفرط لدى الناس يعود إلى الطرق غير المناسبة أو المفرطة في تفسير تجاربهم. كما انه يقوم على فكرة أن الناس المكتئبين أو القلقين لديهم صورة مشوهة عن أنفسهم، وعن موقفهم الخارجي" (p.160) لقد تم دمج اكتشافات بيك وويشار (2008) في العملية الإرشادية في الاستعراض التالي. يحاول المرشد النفسي في البداية أن يعزز العلاقة الموجبة من خلال تحقيق الظروف الرئيسية التي حددها روجرز: الدفء، التعاطف الدقيق، والنقاء. ثم يتم تشجيع المسترشد على أن يأخذ دوراً إيجابياً في العملية من خلال وضع الأهداف، إعادة حساب ردود الأفعال السلوكية والوجدانية لظرف المشكلة، والقيام بعمل الواجبات المنزلية.

يعمل المرشد النفسي كموجّه وذلك من خلال مساعدة المسترشد على فهم دور المعرفة في الوجدانيات والسلوكيات كما يعمل المرشد النفسي كعامل مساعد من خلال تعزيز الخبرات الصحيحة التي تنتج عن إعادة البناء المعرفي الضروري، واكتساب المهارة. يتجنب المرشدون النفسيون دور الخبير السلبي فبدلاً من ذلك ينخرطون في عملية مشتركة مع المسترشد بهدف محو التحيّزات المنظمة في التفكير. لا يخبر المرشدون النفسيون المسترشد أن معتقداً ما هو خطأ أو لاعقلاني. ولكن يكتشفون مع المسترشد المعنى، الوظيفة، والمنفعة ، والنتائج المرتبطة بهذا المعتقد، ثم يقرر المسترشد ما إذا كان سيبقي على هذا المعتقد أم يعدلُهُ، أم يرفضه.

الأساليب: يصف بيك و ويشار (2008) الأساليب التالية المرتبطة بالعلاج النفسي المعرفي:

- نزع (انتزاع) الكارثة: تُعرف هذه العملية بأنها أسلوب ماذا... لو، وتنطوي على إعداد المسترشدون للنواتج المخيفة من خلال تحديد استراتيجيات حل المشكلة .
- أسلوب إعادة العزو: يشجع هذا الأسلوب تحدى الأفكار والافتراضات من خلال استكشاف الأسباب الممكنة الأخرى للأحداث.
- إعادة التعريف: يساعد إعادة التعريف على تعبئة المسترشدون الذين يشعرون بعدم قدرتهم في التحكم في المشكلة من خلال إعادة صياغة المشكلة بأسلوب يعزز الحدث أو الفعل على سبيل

المثال يمكن أن يغّير الطالب "أنا لست طالباً جيداً" إلى "سوف أذاكر أكثر وأكثر".

- نزع التمركز: ينطوى هذا الأسلوب على جعل المسترشد يقوم بعمل ملاحظات للحصول على فهم أكثر واقعية عن ردود أفعال الناس فهذا الأسلوب يمكن أن يخفف من القلق بمساعدة المسترشدون على إدراك أنهم ليسوا هم مركز الانتباه.
- الأساليب السلوكية: يستفيد العلاج المعرفي من مدى واسع من الأساليب السلوكية لمساعدة المسترشدون : تعديل الأفكار والافتراضات الآلية (اختبار الفروض لتحدى الأفكار والافتراضات)، الحد من التفكير السلبي (تنوع الأساليب مثل النشاط الجسمي)، الإعداد للمواقف الصعبة (مثلاً: التدريب السلوكي للإعداد للأحداث المستقبلية)، وتعريض أنفسهم للمواقف المخيفة (العلاج بالتعرض).

الخلاصة والتقييم Summary and Evaluation

لقد أصبح العلاج المعرفي شكلاً من أشكال الإرشاد النفسي الأكثر شعبية بشكل متزايد هذا الشكل كان في الأساس علاجاً قصير المدى للاكتئاب، وحديثاً يُستخدم العلاج المعرفي للعلاج الفعال للعديد من الاضطرابات مثل القلق (Chambless& Gillis ,1993) واضطرابات الأكل (Wilson & foirburn,1993) وإساءة استخدام المواد (Beck et al, 1993).

ترجع شعبية هذا العلاج جزئياً - إلى الجهود البحثية الكبيرة التي قيمت فعالية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب قام بيك و ويشار (2008) بمراجعة الأدبيات وتبين أن العلاج المعرفي يتفوق على العلاج بالأدوية (Blackburn et al.,1981 .Hollon, et al .,1992.Maldonodo,1982) أو معادل للعلاج بالأدوية (Blackburn et al.,1986 .Hollon, et al .,1983.Murphyet al 1983,simons,et al.1986).

تشير الدراسات إلى أن الدمج بين العلاج المعرفي والأدوية المضادة للاكتئاب هما الأكثر فعالية في علاج الاكتئاب (Blackburn et al.,1981 . Block burn, et al 1986 Moldondo, 1982 , Teas-dale et al.,1984)، فيما يبدو أيضاً أن العلاج المعرفي له تأثير طويل المدى أقوى من العلاج بالأدوية (Blackburn et al.,1986 .Hollon, et al .,1983.kovac et al.,1981).

التحليل البعدى الذي أجراه دوبسون (1984) عن فعالية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب قد حلل 28 دراسة استخدمت قائمة بيك للاكتئاب كمقياس أشارت نتائج الدراسة إلى أن مسترشدون العلاج المعرفي كان أداؤهم أفضل من 98% من المجموعة الضابطة، و(70 ٪) من مسترشدون العلاج بالأدوية، و(70 ٪) من مسترشدون العلاجات النفسية الأخرى. هذه النتائج تؤيد نتائج دراسة التحليل البعدي السابقة التي أجراها نيتزل ورفاقه (1987).

يحذر **هولون و بيك** (1994) من أن المعلومات التي تشير إلى أن العلاج المعرفي يتفوق على العلاج بالأدوية قد تكون مبالغة في التبسيط، وبها مشكلات منهجية، لذا فإن مراجعتهما المكثّفة للمعلومات تلقي بظلال من الشكوك على الإدعاءات بأن العلاج المعرفي يتفوق على العلاج بالعقاقير (الأدوية) في علاج الاكتئاب.

من المشكلات المنهجية نقص المجموعات الضابطة التي تسمح بعمل مقارنات كافية بين مجموعات العلاج. بالإضافة إلى ذلك، فإن حده الأعراض ربما تلعب دوراً هاماً في فعالية العلاج المعرفي كعلاج للاكتئاب. ومن هذا المنظور، فإن هناك دلالة على أن العلاج المعرفي قد يكون أقل فعالية من العلاج الدوائي مع الأفراد ذوى الاكتئاب المتوسط أو البسيط (أنظر المعهد القومى في برنامج علاج الاكتئاب، Elkins et al.,1989).

هناك أدلة في البحوث على أن فعالية العلاج المعرفي تعتمد إلى حد ما على الخصائص الشخصية للمسترشد خلصت مراجعة هذه الأدبيات إلى أن المسترشدون الذين يعانون من الاكتئاب ويعزون الاكتئاب إلى عوامل خارجية كان أداؤهم أفضل في العلاج المعرفي بينما الأفراد المكتئبون الذين يعزون اكتئابهم إلى عوامل داخلية كان أداؤهم أفضل في الإرشاد النفسي الموجّة ذاتياً / الداعم (Prochaska & Nocross,2002) بالإضافة إلى ذلك فيما يبدو أن المسترشدون الذين حصلوا على تقديرات منخفضة في الدفاعية كان أداؤهم أفضل في العلاج المعرفي من الذين حصلوا على تقديرات مرتفعه على الدفاعية.

العلاج التفاعلي TRANSACTIONAL ANALYSIS

المعلومات الخلفية Background information

إيريك بيرن (1910-1970) هو المؤسس للعلاج التفاعلي حصل على درجة الماجستير من جامعة ماكجيل في مونتريال عام 1935 ثم أتم تدريباً في العلاج النفسي في جامعة ييل.

العلاج التفاعلي فريد في جهوده لتجنب الرطانة النفسية، حيث أن لغته سهله الفهم، ويستخدم مصطلحات مثل الوالد، الكبير، الطفل، التفاعل، الألعاب، النشاط، القرار، إعادة القرار. إن استخدامه للغة البسيطة الواضحة ساعد في أن يكون جذاباً ليس كشكل من أشكال العلاج فقط، إنما كمنهج لمساعدة الذات. هناك دليل على شعبيته، حيث يوجد كتابان عن هذا الموضوع من أكثر الكتب مبيعاً: الألعاب التي يلعبها الناس (Berne,1964) أنا بخير - أنت بخير (Harris ,1967).

حديثاً، أصبح العلاج التفاعلي نموذجاً لمدرسة إرشاد نفسي تؤكد على دور العلاقات الشخصية في الأداء النفسي (prochaska& Nocross, 2002) ومن هذا المنطلق يمكن اعتبار العلاج التفاعلي أحد أول النظريات الإرشادية التي تركز على العلاقات الشخصية (سيكولوجية آدلر تؤكد أيضا على

أهمية المنظور الشخصي) يظهر التوجّه البينشخصي في اسم النظرية (العلاج التفاعلي والذي يشير إلى أن الناس يمكنهم تعلم فهم وتعزيز الإجراءات ونماذج التواصل بين الناس). يشترك العلاج التفاعلي في التركيز البينشخصي مع نظرية الإرشاد النفسي ذات التوجّه البينشخصي والذي حظي بالاهتمام على أنه منهج إرشادي هام.

(prochaska& Nocross, 2002). يقوم العلاج النفسي بين - الشخصي في الأساس على أعمال هاري ستاك سوليفان (1968) ومدرسته البينشخصية للتحليل النفسي. افترض سوليفان إصداراً مختلفاً لنظرية فرويد، يؤكد على العلاقات الاجتماعية، أكثر من دوافع الجنس والعدوان المسؤولة عن الصحة النفسية، والسعادة النفسية. كما أسهم آدولف وآخرون أمثال جون باولبي (1973,1988 a) وأعماله عن الارتباط في النمو المبكر للعلاج النفسي بين الشخصي استطاعا معاً تقديم معلومات إضافة عن كيف يمكن أن تؤثر العوامل البيئية (مثل الضغوط النفسية الاجتماعية) ونماذج التفاعل الأسري على الأداء النفسي، هناك العديد من الأفراد الآخرين الذي كان لهم دور في تنمية العلاج النفسي بين الشخصي كمنهج قصير المدى، يركز على الحاضر وذلك لعلاج الاكتئاب (Klermon & weissmon ,1993) يلخص تيبر (2000) المقدمات المنطقية الأساسية في العلاج النفسي بين الشخصي كما يلي:

1- يتم صياغة المشكلات من منظور العلاقات بين الآخرين.

2- نماذج التفاعل الأسري أفضل وسيلة لفهم الذات والآخرين.

3- يمكن استخدام العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد للعمل خلال قضايا العلاقة.

يبدو أن العلاج النفسي العلاقاتي نظرية إرشادية هامة، الوصف التفصيلي لهذه النظرية أبعد من نطاق هذا الكتاب، ولكن للحصول على معلومات إضافية واستعراض ممتاز عن العلاج النفسي العلاقاتي، راجع العلاقات في العلاج النفسي (Teyber,2000).

نظرية الشخصية Theory of Personality

للعلاج التفاعلي العديد من المفاهيم التي تكفي لإعداد نظرية عن الشخصية هذه المفاهيم يمكن أن تستخدم لتقديم فهم عميق عن ديناميكيات الشخصية، وتشتمل على الضربات الخفيفة، الألعاب التي يلعبها الناس، والمواقع الحياتية الأربعة.

وجهة النظر عن الطبيعة الإنسانية: أعتقد بيرن (1961,1964) أن الناس لديهم قدرة على تحديد مصائرهم، ولكن قليل من الناس يكتسبون الوعي الذاتي اللازم من أجل الاستقلالية. كما أكد بيرن (1961) على أهمية تجارب الحياة الأولى في نمو الشخصية، ويشير إلى أن الناس ينمون المخططات في هذا الوقت ثم يتبعونها خلال الحياة. هذه المخطوطات تُشتق من الرسائل الوالدية ومن مصادر أخرى مثل الأدب وقصص الأساطير.

المفاهيم الرئيسية: يقدم بيرن (1961,1964) دوساي ودوساي (1989) بروتشاسكا ونوكروس (2002) استعراضاً للمفاهيم المرتبطة بالتحليل التفاعلي.

- **المنظور العلاقاتي**: كما أوضحنا من قبل، يعتبر التحليل التفاعلي أحد أول النظريات الرئيسية في الإرشاد النفسي تأكيداً على دور العلاقات في الصحة النفسية. كثير من مفاهيم التحليل التفاعلي (مثل التفاعل وتحليل الألعاب) موجهّة نحو فهم وتعزيز العلاقات مع الآخرين. يذكر بروتشاسكا ونوكروس (2002) أنه في التحليل التفاعلي يُفهم العلاج النفسي على أنه إظهار للقوى الداخلية (داخل الفرد)، العُلائقية (بين الناس) بغض النظر عن أصول الاضطراب النفسي، فإنه بينشخصي علائقي (داخلي، خارجي) في تعبيره (prochaska& Nocross, 2002). لذا فإن التحليل التفاعلي يُجرى عادة في الإرشاد الجمعي للتشجيع على التعبير أمام الأشخاص وفي هذا الشكل يمكن أن يكتسب المسترشدون استبصارات قيمّة في مشكلاتهم، ويتعلموا كيفية استخدام أساليب التحليل التفاعلي والاستراتيجيات الإرشادية الأخرى للتغلب على الصعوبات (prochaska& Nocross, 2002).
- **حالات الأنا**: حدد بيرن ثلاث حالات للأنا: الوالدية، الراشدة، (الشاب)، الطفلية. حالة الوالدية للوالد تمثل الأخلاقيات والقيم لدى الشخص، وتكون إما ناقدة أو راعية. أما الوالد الناقد فيحاول إيجاد الخطأ، أما الوالد الراعي فهو داعم ويعزز النمو. أما حالة الأنا الراشدة فهى بُعد التفكير العقلاني، كما أنها خالية من المشاعر، وتعمل كوسيط بين حالة الأنا الطفلية وحالة الأنا الوالدية. أما حالة الأنا الطفلية فهي جانب مطلق أو غير مقيد من الشخصية وتتسم بالعديد من الوجدانيات مثل الخوف والسعادة والإثارة. إن لحالة الأنا الطفلية بُعدان : الطفل الحر والطفل التكيفي : فالطفل الحر غير مقيّد، ولعوب، بينما الطفل التكيفي متمرد، ويمكن تطويعه. يمكن استخدام مقياس الأنا لتقييم مناحي القوة والضعف النسبية للحالات المتعددة من الأنا. مقياس الأنا " يعكس نوع الشخص، ويعكس أيضاً الأنواع المختلفة من مشكلاتها، ونقاط القوة والضعف في الشخصية (Dusay &Dusay ,1989 ,p.420). إن تفسير مقياس الأنا عملية صعبة تحتاج إلى تدريب متخصص. المعالجون -تحديداً- مهتمون بحالات الأنا المرتفعة والمنخفضة نسبة إلى حالات الأنا الأخرى للمسترشد على سبيل المثال، فإن الوالد قليل النقد يشير إلى مشكلات في الاستغلال، الوالد المنخفض في الرعاية يوحي بالوحدة، الشاب المخفض يشير إلى صعوبة التركيز الطفل الحر المنخفض يشير إلى نقص الحيوية في الحياة، والطفل المخفض في التكيف يشير إلى الفرد الصارم، ومن الصعوبة التعامل مع قياس الأنا دون تدريب (Dusay &Dusay ,1989) مقياس الأنا السليم يظهر عندما يكون هناك توازن نسبي بين قوة حالات الأنا كما هو واضح في الشكل (7).

الثورة الثانية المستمرة في علم النفس المعرفي، فتعرف بأن معظم ما يتم اختباره يتأثر بعمليات اللاوعي أو اللاشعور (Germer, 2005) لذا، فإن مهمة العلاج النفسي "الوصول إلى أنماط تفكير واضحة ذاتية "وغير وظيفية " (Germer, 2005,p.21).

أشار جوهانسون (2006) إلى أن الوعي حالة مميزة من الشعور لها تطبيقات واسعة في استكشاف عمليات الوعى والاعتراف بالبناءات المعرفية العميقة لقد تم دمج الوعي في مدى واسع من مداخل (مناهج) العلاج النفسي مثل المدخل الإنساني، والسيكودينامى، والسلوكي - المعرفي - إن التدخلات القائمة على الوعي تساعد المسترشد على ان يأخذ دوراً نشطاً في علاج مدى واسع من الحالات الطبية مثل السرطان، الآلام المزمنة والاضطرابات، والاكتئاب (Krasner ,2004). قدّم كراسنر (2004) جوهانسون (2006) استعراضاً لأربعة مداخل (مناهج) سلوكية - معرفية تدمج تدخلات الوعي أو اليقظة.

- **العلاج السلوكي الجدلي** (Lineham,1993) : ينطوى هذا العلاج على الاستفادة من الوعي أو اليقظة لتعزيز التقبل والتغيير، وقد استخدم بشكل أساسي لعلاج اضطرابات الشخصية الحدّية.
- **العلاج المعرفي القائم على الوعي** (Segol et al.,2002) : وهو شكل من أشكال العلاج الجمعي الذي يستخدم تدخلات الوعي أو اليقظة لتعزيز الوقاية من الانتكاسة لدى الأفراد الذين لهم تاريخ في ألاكتئاب.
- **التقليل من الضغوط في ضوء الوعي أو اليقظة** (Zinn,2003 -Kabat) : هذا المنهج طُوّر في البداية كعملية جمعية نفسية - تعليمية تعلم المسترشدون تدخلات الوعي من أجل التقليل من الضغوط، وتعزيز الصحة، والسعادة النفسية.
- **العلاج النفسي بالتقبل الالتزام**: يشير هذا المنهج إلى أن تدخلات الوعي يمكن أن تساعد المسترشدون على تقبل (وليس تقييم) الخبرات والالتزام (التعهد) بتوضيح القيم ومباشرة العمل أو الفعل، وتعزيز المعنى الشخصي في الحياة.

ضمن مدخل العلاج النفسي، وصف جيرمر (2005) الوعي أو اليقظة على أنه يتألف من ثلاث عمليات متدخلة - الوعي، الخبرة الحالية، والتقبل. الوعي والتمركز حول الحاضر مفاهيم علاج نفسي يمكن أن تعود إلى نظرية الجشطالت عند بيرز (1969) أما التقبل فهو مفهوم علاج نفسي حديث تم التأكيد عليه في العلاجات المعرفية.

العلاج النفسي بالالتزام بالتقبل يستخدم مفهوم الانتشار المعرفي قبول الفكرة كشيء مجرد بدون تفسير أو تقييم " التقبل " عكس ما توصي به المداخل التقليدية للعلاج السلوكي المعرفي مثل مخالفة الأفكار اللاعقلانية أو الهزيمة الذاتية (مثلاً: العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لإليس 2008) يشير العلاج النفسي بالالتزام بالتقبل إلى أن المسترشدون ينفعلون مع الأفكار يتقبلونها بغض النظر عن نفعها أو ضررها. الملحوظة: الشخصية التالية تقدم مثالاً عن الكيفية التي دمجت بها التأمل في الاتجاهات البارزة في المداخل القائمة على الوعى أو اليقظة.

ملحوظة شخصية

لقد عملت بالتأمل المتسامي لمدة أربعين عاماً – 20 دقيقة في اليوم والليلة عندما بدأت التأمل لم أكن اعتقد بان لدي وقت للتامل , بعد البداية تقريباً، بدأت أتطلع أن يكون لي 20 دقيقة (لنفسي) حيث كانت هذه طريقة للاسترخاء، وللحصول على تبصرات هامة، وتحرير الضغوط لذا، ليس بمستغرب أنه لم يفوتني سوى 20 تأملاً تقريباً في فترة 40 سنة. أن أتأمل لأنني أستمتع به، ليس لأنه مفيد بالنسبة لي،أحياناً أقوم به أثناء التدريب.

مع السنين، أصبحت مهتماً بكيفية دمج المفاهيم الشرقية مثل التأمل والوعي – في العلاج النفسي، مثل التسامي الذاتي، والمواجهة الوجودية التي تحدثنا عنها في الفصل الثامن. لقد ساعدتني خبراتي مع التأمل على فهم المفاهيم المرتبطة بالوعي في العلاج النفسي. لقد اندهشت من البساطة الشديدة وقوة مفهوم العلاج النفسي بالالتزام بالتقبل للانتشار المعرفي إن الوعي بالأفكار وتقبلها على ما هي عليه – فكرة واحدة في المرة الواحدة في الدقيقة يعتبر مفيداً، على سبيل المثال، عندما أشعر بالقلق، أقبل قلقي على أنه غير سار وغير مريح ولكن لا " أعجز عن التقدم "بهذه الفكرة. بدلاً من ذلك، أصبح على وعي وأقبل هذه الفكرة، ثم أمر بخبرة فكرة تالية (مثل "إنني أرى فراشة جميلة تطير ") في مجرى الوعي المستمر لدي.

مفهوم تيار الوعي أتى إليّ بكل سهولة، حيث يعكس ما أختبره عندما أتأمل (تتدفق الأفكار والمشاعر إلى وعيي عندما أتجاوز إلى أعماق نفسي الداخلية) كما أنني على وعي بكيف أن التأمل طريقة فعالة لاستكشاف الأفكار، وأن أصبح على وعي بهذه الأفكار والمشاعر في عقلي اللاشعوري. أنا متأكد من أن هذا كان مسبباً في التغيير الايجابي من حيث كان إطلاق العنان للضغوط، والتنفيس، والسلام الداخلي لصحتي العقلية والجسمية.

كما علمتني بحوثي وخبرتي الإكلينكية أن التأمل ليس سهلاً، أو ممتعاً لبعض الناس، بحثت دراسة ما إذا كان هناك فرق في الصفحات النفسية لغير المتأملين، والمتأملين والمتساقطين من التأمل (Nystuk& Garde,1979) أظهرت النتائج أن المتأملين بشكل منتظم كان لديهم صحة نفسية إيجابية ثم بعدهم غير المتأملين، ثم المتساقطون حيث كانوا الأكثر عرضه لاضطرابات الشخصية ربما يجد الناس ذوى المشكلات النفسية العميقة إطلاق العنان للأفكار المكبوتة أثناء التأمل شيئاً ضاغط وبالنسبة لآخرين قد لا يكون التأمل شيئاً ما يتناغم مع طريقتهم في الحياة.

في استعراض للبحوث عن الوعي والتأمل، ذكرت لازر (2005) أن النتائج الأولي تؤيد استخدام الوعي والتأمل في العلاج النفسي في علاج القلق، والاكتئاب، وإدارة الألم، واضطرابات الأكل، والسرطان، كما ذكرت أيضاً أن التأمل فيما يبدو – يعزز التغيرات العصبية الفسيولوجية التي تحسن الصحة النفسية والجسمية. أيضاً تقدم مراجعة الأدبيات التي أجراها نيسنول (press In) دليلاً بحثياً تقدم مراجعة التأثيرات النفسية والفسيولوجية على العلاج. فقد وجد أن التأمل المتسامي يمكن أن يكون عاملاً مساعداً للعلاج النفسي في مخاطبة العوامل غير الصحية لأسلوب الحياة مثل الضغوط المزمنة، إدمان الكحول، والتدخين. كما ارتبط التأمل المتسامي بتقليل مخاطر أمراض القلب، وضغط الدم المرتفع. بالإضافة إلى ذلك فإن التأمل المتسامي يعزز السعادة النفسية الإيجابية

من حيث أداء الشخصية، مفهوم الذات، نمو الأنا، والأداء العقلي عبر مدى الحياة.

فيما يبدو أن الوعي / اليقظة طريقة فعالة للوصول إلى العمليات اللاشعورية، ويقدم اتجاهات (مناظير) جديدة للتفاعل مع الأفكار والتغلب على اضطرابات مثل القلق، وتقليل مخاطر المرض، والتشجيع على جودة الحياة ذات المعنى. نحن في حاجة إلى بحوث أخرى عن هذا البُعد الجديد المثير في العلاج النفسي.

الاتجاهات المستقبلية (مرحلة ما بعد العلاج) Postmodern Trends

الاتجاهات ما بعد المعاصرة لعلم النفس الروائي، البنائية والبنائية الاجتماعية - وغيرها - عوامل هامة في تطوير الإرشاد السلوكي المعرفي (Mahoney ,1995 6) إن إعادة تقييم مفاهيم أساسية مثل المعرفة والواقع هو أساس هذا التطور من منظور ما بعد المعاصرة، فإن المعرفة والواقع مفهومان يتباينان وفقاً للقوى السياسية الاجتماعية التي تنعكس في روايات الثقافات. يؤكد جيرجين (1982) على البُعد الاجتماعي للمعرفة عندما قال أن المعرفة ليست شيئاً يمتلكه الناس في رؤوسهم، ولكنها شئ يقوم به الناس معاً" (p.210).

الاتجاهات ما بعد المعاصرة تخلق تحولاً نموذجياً داخل الإرشاد السلوكي المعرفي، وتغيّر تركيزها من السببية النفسية الداخلية إلى الاعتراف بالقوى السياقية (البيئية) التي تؤثر على الأداء الإنساني. لذا فإن عملية الإرشاد أكثر إبداعية من المحاولة التصحيحية (Lyddon ,1995) فهي أقل اهتماماً بالتغلب على القصور المعرفي الداخلي وأكثر اهتماماً بالمرشد النفسي والمسترشد لأن يكونا روايات جديدة ترتبط بالمشكلات أو هموم المسترشد (Lyddon ,1995).

يشير إليس (2005) إلى أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يختص المعتقدات الرئيسية لما بعد المعاصرة، مثل اعتبار دور القضايا السياقية (العلائقية) في خلق المعنى الشخصي وتعريف الواقع ومن هذا، يري إليس أن المعرفة، والوجدانيات / والسلوك يمكن فهمهما ومخاطبتها بشكل أفضل ضمن السياق الاجتماعي السياسي والاجتماعي الثقافي يتساءل دى أندريا (2000) عما إذا كان العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني مؤهل كمنهج مستقبلي، حيث يشير إلى أن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني لا يقيس معتقدات المسترشد من الناحية السياقية من المدخل أو الاتجاه متعدد الثقافات بل على العكس، فإن العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يقسّم المعتقدات على أنها " غير عملية " أو " غير عقلانية " إذا تصارعت مع النظام القيمي للمجتمع (D'Andrea ,2000, p.8).نحن في حاجة إلى بحوث أخرى لتقييم الطبيعة المستقبلية في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني.

الخلاصة

تؤكد العديد من النظريات على دور المعرفة والسلوك في العملية الإرشادية تستفيد الاتجاهات (المناهج) السلوكية - المعرفية من دمج المفاهيم والاستراتيجيات الإرشادية، وهذا ينطبق على العلاج السلوكي، والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، والعلاج المعرفي. هذه النظريات الثلاث تشترك في تركيزها على الدور التكاملي الذي تلعبه المعرفة في نمو الاضطرابات العقلية، كما أنها تدمج

الأساليب السلوكية لتعليم المسترشدون المهارات والسلوكيات اللازمة للتغلب على مشكلاتهم ؟ إلا أن هناك أيضاً فروق دقيقة بين هذه النظريات ؟ حيث يركز العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني على مخالفة ومواجهة الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية للمسترشد. في حين ان العلاج المعرفي عند بيك يهتم بما إذا كان المسترشد يقوم بعمل تفسير وظيفي منظور للبحث. أما بالنسبة لمتشينبوم، فإن القصة الرئيسية في العلاج السلوكي فتمثل في طبيعة الحدث الداخلي لدى المسترشد أو الحديث الذاتي، حيث يشير إلى أن المسترشد ينبغي أن يتعلم الحديث الذاتي الذي يستثير آليات المواجهة الفعالة أما العلاج التفاعلي، فيركز على المظهر العلائقي للسلوك الإنساني، وكيف يمكن للمسترشد استخدام مفاهيمه لتعزيز أداءه في علاقاته مع الآخرين في حين يركز العلاج بالواقع على دور الاختيار في الصحة النفسية وكيف يمكنه مساعدة المسترشدون على القيام باختيارات مناسبة لإشباع حاجاتهم بأسلوب لا يتداخل مع حقوق الآخرين أما العلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين، فيستخدم تدخلات سلوكية ومعرفية في طبيعتها. التدخلات المعرفية موجهة نحو عدد من الهموم في العلاج النفسي بالمساواة، مثل إعادة الاجتماعية، توقعات الجنس، ومفهوم الذات. يمكن استخدام إعادة البناء المعرفي لتعزيز التخفيف من الأعراض والتغلب على التشوهات المعرفية المرتبطة بالوزن وصورة الجسد. يمكن أن تشمل التدخلات السلوكية على الواجبات المنزلية المرتبطة بالدفاع السياسي. الإرشاد السلوكي المعرفي يناسب بشكل جيد الاستخدام في صيغة الإرشاد الموجز، حيث إنه يقدم منهجاً محدود في الوقت لعلاج اضطرابات معينة مثل الاكتئاب والقلق. ومع ذلك، فإن للنظريات السلوكية- المعرفية مناحى قوة ومناحى ضعف في فعاليتها في مخاطبة قضايا التنوع. المفاهيم الشرقية مثل الوعى والتأمل تُدمج أيضاً في العلاج النفسي لتعزيز السعادة النفسية والجسمية فيما يبدو أن الاتجاهات ما بعد المعاصرة تقدم تحولاً نموذجياً هاماً يناسب قضايا التنوع مثل الجنس والثقافة.

الاستكشاف الشخصي

1- أى نظرية من النظريات السلوكية المعرفية تؤيدها، ولماذا ؟

2- ما رأيك في نظرية العلاج النفسي بالمساواة، والعلاج النفسي بالواقع ؟

3- كيف يمكن استخدام العلاج التفاعلي لتحسين العلاقات مع الآخرين ؟

الجزء الثالث

المداخل والظروف الخاصة

يقدّم الجزء الثالث استعراضاً للمداخل والظروف الخاصة المرتبطة بمهنة الإرشاد النفسى ، ويغطى الفصول الستة التالية :

الفصل العاشر : الإرشاد النفسي الأسري والزواجي

الفصل الحادى عشر: الإرشاد النفسي للطفل والمراهق

الفصل الثانى عشر: الإرشاد الجمعي

الفصل الثالث عشر: الإرشاد المهني

الفصل الرابع عشر: الإرشاد النفسي المدرسي

الفصل الخامس عشر : الإرشاد النفسي للصحة النفسية

الفصل 10

الإرشاد النفسي الأسري والزواجي

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضاً لمجال الإرشاد النفسي الأسري والزواجي ويشتمل علي الموضوعات التالية:

- فن وعلم الإرشاد النفسي الأسري والزواجي .
- نشأة الإرشاد النفسي الأسري والزواجي .
- الأسس النظرية، وتشتمل علي نظرية النظم ودورة الحياة الأسرية.
- الإرشاد النفسي الزواجي.
- الإرشاد النفسي الأسري .
- الاتجاهات ما بعد المعاصرة .
- قضايا التنوع في الإرشاد النفسي الأسري والزواجي .
- تقييم الإرشاد النفسي الأسري والزواجي.

فن وعلم الإرشاد النفسي الأسري والزواجي

THE ART AND SCIENCE OF MARRIAGE AND FAMILY COUNSELING

الإرشاد النفسي الأسري والزواجي فن وعلم - فهو فن حيث يحاول الصياغة والحفاظ على علاقة إرشادية موجبة مع الزوجين أو الأسرة، وفهم العمل مع القضايا المعقدّة التى تنشأ في محيط النظام الأسري. هذه العملية تحتاج إلى صبر، ومرونة، وإبداع، وكل الأبعاد الأخرى ذات الصلة بفن الإرشاد النفسي.

فيما يبدو أن الفن في الإرشاد النفسي تندمج في الاتجاهات ما بعد المعاصرة البنائية الاجتماعية الحديثة في الإرشاد النفسي الأسري والزواجي. هذا الإتجاه يوصي المرشدين النفسين في مجال الإرشاد الأسري والزواجي أن يدخلوا النظام الأسري ليس كخبراء، ولكن كمتعلمين فضوليين، يريدون معرفة كيف تعرّف الأسرة مناحي القوة والضعف. هذه العملية تشبه الطرق الموجهة بالاكتشاف المستخدمة في البحوث النوعية، والتى عن طريقها يعمل الباحث والمشارك كباحثين شريكين. ومن هذا المنطلق، فإن تركيز الإرشاد الأسري منصبّ على مساعدة الأزواج والأسر على اكتشاف خيارات جديدة، وفرص جديدة من أجل حياة أسرية فاعلة من خلال تحليل القصص والروايات الأسرية ربما

يمثل اتجاه ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية للإرشاد النفسي الأسري والزواجي جسر بين الفن والعلم (بين الإرشاد النفسي والبحوث النوعية).

يمكن أن نرى علم الإرشاد النفسي الأسري والزواجي في استخدام إجراءات التقييم والتشخيص. إن أدوات التقييم مثل قوائم الرضا الزواجي تقدم معلومات موضوعية عن المجالات التى يكون فيها الأزواج راضين أو غير راضين.

استراتيجيات البحوث الكمية والنوعية تساعد في تقديم معلومات عن فعالية الإرشاد الأسري والزواجي. كما قدمت التطورات الحديثة في البحوث الكمية الكثير من أجل التغلب على نقاط الضعف المنهجية، وإظهار فعالية الإرشاد الأسري والزواجي بشكل واضح (Shadis et al.,1995). فيما يبدو أيضاً أن البحوث النوعية واعدة في أنها تتناغم مع نظرية النظم (Moon et al.,1990). البحوث النوعية ونظرية النظم يركزوا على السياق الاجتماعي ووجهات النظر المختلفة، المحاور المتعددة، التعقيد، الفروق الفردية، السببية الدائرية، الارتجاع، والكلية (Moon et al.,1990,p.364).

نشأة الإرشاد النفسي الأسري والزواجي

EVOLUTION OF MARRIAGE AND FAMILY COUNSELING

ظهر مجال الإرشاد النفسي الأسري والزواجي خلال الستين عاماً الأخيرة (Everett,1990a) الأحداث الرئيسية المرتبطة بهذه النشأة تظهر في الاستعراض التالي (Goldenberg&Goldenberg ,2004).

التحليل النفسي Psychoanalysis

وصفت أعمال ناثان أكرمان (1937) عن الأسرة كوحدة نفسية اجتماعية هامة لأساس التعديلي لمفاهيم فرويد في الارشاد الأسري قبل أعمال أكرمان، كان التحليل النفسي عملية قاصرة على العلاج النفسي الفردي.

نظرية النظم العامة General Systems Theory

طوّر لودويج فون بيرتالا نفي نظرية النظم العامة عام 1940 تشير هذه النظرية إلى أن الظواهر غير المترابطة - على ما يبدو تمثل أوجهاً ذات علاقة متبادلة ومتداخلة لنظام أكبر (VonBertalonff,1968). بعد ذلك تم تطبيق نظرية النظم على الإرشاد الأسري والزواجي، وقدمت أساساً نظرياً هاماً.

البحوث عن الفصام Research on Schizophrenia

منذ عام 1940، أجريت العديد من الدراسات للكشف عن العلاقة بين ديناميكيات الأسرة والفصام - على الرغم من أن هذه الجهود البحثية الضخمة لم تصل إلى شئ نهائي إلا أنها لفتت الانتباه إلى العلاج الأسري كشكل علاجي مفيد بشكل كبير.

الإرشاد الزواجي وتوجيه الطفل Marriage Counseling and Child Guidance

الإرشاد الزواجي وتوجيه الطفل كانا أول مداخل الإرشاد النفسي اعترافاً بأن هناك مشكلات ترتبط بالقوى الداخلية (داخل الفرد) والخارجية (مع الناس) إن تضمين الاتجاه البينشخصي بين الشخصي شجع على ضرورة أن يعمل المرشدون النفسيون مع الوالد والطفل أو الزوج والزوجة معاً في جلسة إرشاد نفسي.

العلاج الجمعي Group Therapy

في عام 1910، طوّر مورينو ما يمكن أن يُعتبر الاستخدامات الأولى للعمليات الجمعية في الإرشاد النفسي ومنذ ذلك الوقت، ظهرت أشكال عديدة أخرى من الإرشاد الجمعي. للإرشاد الجمعي تأثير على الإرشاد الأسرى والزواجي من حيث النوعية التي يستخدم فيها المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الأسري والزواجي مهارات القيادة الجماعية الفعالة، وكيف يمكن لمعرفة العملية الجماعية أن تسهم في فهم التفاعلات بين أفراد الأسرة، وكيف يمكن تطبيق مفهوم "الجماعي" كعامل تغيير على " الأسرة .

تغيير بنية الأسرة Changing Family Structure

الأسرة التقليدية السليمة تتميز بأن الأب يرعاها مادياً، وأم تقوم على رعاية البيت، والأطفال البيولوجيون لهذين الأبوين. البناءات الأسرية الحالية في الولايات المتحدة تمثل مدى واسعاً من النظم الأسرية البديلة التى تشتمل على والد واحد يرعى الأطفال ويربيهم، وأسر مزدوجة بها زوج وزوجة يعيشان مع الأطفال من زواج سابق، أفراد غير متزوجين يعيشون معاً لفترة ممتدة من الزمن وأزواج يعيشون معاً لتربية الأطفال.

هناك مشكلات عديدة تظهر عندما يحاول أفراد الأسرة التكيّف مع البناءات الأسرية المتغيّرة على سبيل المثال، قد تمر الأسرة بمشكلات مالية، ينتج عنها الطلاق (خصوصاً السيدات مع الأطفال) نشأ الإرشاد الأسري والزواجي إلى حد بعيد - كوسيلة للمساعدة في هذه المشكلات التى تواجهها الحياة الأسرية الحديثة.

الإرشاد الزواجي مقابل إرشاد الزوجين Marriage Counseling versus Couples Counseling

إن التطور المستمر للأسرة والزواج داخل البناء المتغيّر للمجتمع المعاصر يحتاج إلى إعادة اعتبار للمصطلحات المستخدمة في عملية المساعدة بوجه عام، يعرّف المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الزواجي - بشكل غير مُحكم - خدماتهم بأنها مناسبة لأي زوجين - متزوجين أو غير متزوجين - يحتاجان إلى مساعدة مع استخدام هذا التعريف، فإن الإرشاد الزواجي يمكن أن يعرف أيضاً بأنه إرشاد الزوجين. يميل المعالجون في مجال العلاج الأسري إلى تعريف الأسرة بشكل واسع لتشتمل على شخصين أو أكثر يعيشون معاً في بيت واحد.

يؤيد أولسون و ديفرين (1997) هذا التعريف الشامل "الأسرة عبارة عن شخصين أو أكثر ملتزمون بعضهم ببعضهم الآخر، ويشتركون في المودة، والموارد، والقرارات، والقيم"(p.9).

علي الرغم من أن هذا الفصل ملتزم بالمصطلحات التقليدية للإرشاد الأسري والزواجي (مقابل الإرشاد الزواجي) إلا أن العديد من المفاهيم التي يتم وصفها في هذه الأجزاء من الإرشاد قد تكون لها صلة أيضاً بالأزواج غير المتزوجين على سبيل المثال، عوامل جوتمان التي تتنبأ بالطلاق قد تكون علامات لإنذار لحدوث العلاقات غير الزوجية الخطيرة.

القضايا والمنظمات المهنية المتخصصة

PROFESSIONAL ISSUES AND ORGANIZATIONS

إن مجال الإرشاد الأسري والزواجي نظام مهني وإستراتيجية إرشادية متخصصة يمارسها العديد من أفراد مهنه المساعدة. يوصي سميت (1994) بأن النتيجة المناسبة لكونك مرشد نفسي في مجال الإرشاد الأسري والزواجي أن تتقن أولاً مهارات العلاقات الإنسانية والشخصية، ثم تنمي مهارات إرشادية عامة، وتكون ملماً بالنظرية الإرشادية، ثم أخيراً تتخصص في مهارات نظريات الإرشاد الأسري والزواجي والزواج هناك منظمتان رئيسيتان مهنيتان للمرشدين في مجال الإرشاد الأسري والزواجي وهما : الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي، والجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي – والتي كانت تعرف سابقاً باسم الجمعية الأمريكية للإرشاد والتنمية إن للجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي تاريخ أطول حيث كان يطلق عليها في الأساس الجمعية الأمريكية للمرشدين الزواجيين في عام 1942 وفي عام 2005، كان بها ما يقرب من " 23.000 عضوا وعنوانها الحالي هو:

الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي

112 South Alfred Street

Alexandia ,VA 22 314

http://www.aamft.org

وفي عام 1989 حققت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي حالة انقسام داخل الجمعية الدولية للمرشدين النفسين للأسر والأزواج. وفي عام 1999، كان هناك 5.000 عضواً (Gladding et al 2001.) العنوان الحالي للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي كما يلي :

5999 stevenson Avenue

Alexandria , VA22304

http://www.Counseling.org

لقد كان لكل من الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي والجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي دوراً كبيراً في تعزيز المعايير المهنية للإرشاد الأسري والزواجي، بما في ذلك إنجاز معايير

أخلاقية (انظر الفصل الثانى) ومع حلول عام 2000، حصلت أكثر من 42 ولاية على قوانين تراخيص تتعلق بالإرشاد الأسري والزواجي.

الأسس النظرية THEORETICAL FOUNDATIONS

لقد أسهمت العديد من الأسس النظرية الهامة في الإرشاد الأسري والزواجي. النظريات الموصوفة في هذا الجزء تشتمل على نظرية النظم، ودورة الحياة الأسرية.

نظرية النظم Systems Theory

نظرية النظم هي الأساس، والقوى التكميلية في العلاج الأسري والزواجي (smith et al ., 1995) تقوم نظرية النظم على مبدأ السببية الدائرية (Everett.19990 a) وفقاً لهذا المبدأ، فإن الأفعال التى يقوم بها عضو أو فرد من أفراد الأسرة تؤثر على أفعال كل أفراد الأسرة، وتؤثر على أداء النظام الأسري، بما في ذلك الشخص المسؤول عن الحدث الأول (Goldenberg & Goldenberg,2004). بالإضافة إلى ذلك، تركز نظرية النظم على النظام الأسري وليس على الفرد. ومن هذا المنطلق، فإنه يتم النظر إلى الأفراد ذوي السلوك المشكل من حيث أنماط التفاعل الأسري، ولذا يتم اعتبارها ضمن السياق الاجتماعي الذي حدثت فيه مشكلاتهم (Hazerlrigg et al ., 1987).

المفاهيم الرئيسية: فيما يلي نقدم استعراضاً للمفاهيم الرئيسية المرتبطة بنظرية النظم (Goldenberg & Goldenberg,2004,sperry &Carlson,1991):

- **التنظيم**: البنية التنظيمية في النظام الأسري يمكن أن تفهم من حيث الكلية والتسلسل، والحدود (Gurman &kniskern ,1981) ترتبط الكلية بالأنماط المتواترة (المتتابعة) التي تظهر في النظام الأسري كمقابل للعناصر الفردية للأسرة (Sperry& Carlson ,1991). تشير الكلية إلى أن الأسرة أكبر من مجموع أجزاءها، حيث إن للنظام الأسري حياته الخاصة (Everett ,1990 a) أما التسلسل فينطوى على المستويات المختلفة من النظم الفرعية التى يتألف منها النظام الأسري، على سبيل المثال، الوالدين، الأخوة، والأقارب. أما الحدود، فتمثل درجة الارتباط بين أفراد الأسرة (Goldenberg,2004 & Goldenberg) يمكن أن يحدث الإنفصال الحاد بين أفراد الأسرة عندما تكون الحدود صارمة، أما التجمعية الحادة فترتبط بالحدود المنتشرة (المسهبة) (Sperry& Carlson ,1991).
- **التواصل**: كل السلوكيات – اللفظية وغير اللفظية – تعتبر سمات هامة للتواصل. تحاول أيضاً نظرية النظم تحديد وقياس أنماط التواصل الأسري.
- **القوانين الأسرية**: الأسر تحكمها قوانين، تؤثر في الكيفية التى يتفاعل بها أفراد الأسرة، وكيف تعمل الأسرة، ومدى جودة هذا العمل. على سبيل المثال الأسرة الكحولية قد يكون لديها قانون غير مكتوب يتمثل في ألا يتحدث أحد عن مشكلة الشرب لدى أي فرد من أفراد الأسرة.

- **الاتزان الأسري:** الاتزان الأسري هو ميل النظم الأسرية للحفاظ على التوازن إذا ما حدث أي تمزق لهذا النظام. يمكن للنظم الأسرية مقاومة التغيير في محاولة للحفاظ على التوازن.
- **تجهيز المعلومات:** ينطوى تجهيز المعلومات على تبادل المعلومات بين الأسرة والعالم الخارجي. كما انه يقدّم تغذية راجعة ضرورية للأسرة لعمل التغييرات اللازمة في الأداء. يعتبر النظام الأسري منفتحاً إذا كانت هناك فرصة كافية لتجهيز المعلومات، ومنغلقاً إذا لم تكن هناك فرصٌ كافية. النظم الأسرية السليمة هي تلك النظم التى ليست منفتحة للغاية أو منغلقة للغاية.
- **التغيير:** يذكر ويتزلاويك ورفاقه (1974) أنه يمكن أن يكون هناك تغيير من الترتيب الأول أو الترتيب الثاني. أما التغييرات من الترتيب الأول فهى التغيرات التى تترك البنية المنظمة ثابتة، في حين أن التغيرات من الترتيب الثاني فتنتج عن تغيّر رئيسي في تنظيم النظام (Sperry& Carlson ,1991).
- **النظام الأسري الفعال:** إنه لمن الجرأة وضع وصف نهائي لما يمثل الأسرة الفعالة. حيث إن أى تعريف يتباين من ثقافة لأخرى، ومن أسرة لأخرى. لذا، فإن النتائج من الدراسات التالية عن هذا الموضوع تُقدّم بشكل فيه حذر. في دراسة مسحية لعدد 310 عضواً من أعضاء الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي من حيث ما يعتقدون بأنه يشكل الأسرة السليمة، يشير فيشر وسبرنيكل (1978) إلى أن الأسرة جيدة الأداء الوظيفي هى تلك الأسرة التى يشعر أفرادها بأن لهم قيمة، وتُقدّم لهم المساعدة، ويعيشون بأمان بالإضافة إلى ذلك، يذكر الباحثون " يستطيعون أيضاً التعبير عن أنفسهم بدون خوف من الأحكام، ويعرفون أن آرائهم سوف تؤخذ على محمل الجد. كما أن أفراد الأسرة يستطيعون التحاور والتفاوض متى كان ذلك ضرورياً (P.8). هناك أيضاً العديد من الخصائص الأخرى للأداء الأسري السليم، يمكن تلخيصها كما يأتى (Ebert,1978,watts et al.,1996,stinnet,1985).
- **المشاركة في المشاعر:** يشعر أفراد الأسرة بالحرية للمشاركة الصريحة في المشاعر الموجبة والسالبة مع الآخرين.
- **الاهتمام الاجتماعي:** تميل الأسر السليمة إلى أن يكون لها العديد من الخصائص المرتبطة بمفهوم آدلر للاهتمام الاجتماعي (مثلاً :الارتباط الاجتماعي، والشعور بالارتباط بالآخرين والشعور المجتمعي والتعاطف).
- **التكيف:** هذه الأسر تأخذ منهجاً مرناً - تكيفياً لحل المشكلات ومنع المشكلة كمقابل للمنهج الصارم - التقليدي لتحديات الحياة.
- **وضوح الحدود:** هذه الأسر تسمح بالتوازن بين تعزيز الشعور بالجماعة، والترابط، والانتماء، وتشجيع أفراد الأسرة على النمو كأفراد مستقلين.
- **فهم المشاعر :** يشعر كل أفراد الأسرة بأن أفراد الأسرة الآخرين يفهمونهم.

- **تقبل الفروق الفردية** : الفروق بين أفراد الأسرة مسموح بها بل ويتم التشجيع عليها، بحيث ينمي كل أفراد الأسرة قدراتهم الفريدة.
- **الشعور العالي بالرعاية** : يوصّل أفراد الأسرة شعور الحب والرعاية للآخرين، وهذا يسهم في شعور أفراد الأسرة بالقيمة، والشعور بالانتماء داخل الأسرة.
- **التعاون** : يرغب كل فرد من أفراد الأسرة في العمل بأسلوب تعاوني لمساعدة الأسرة على الأداء بشكل فعّال.
- **الشعور بالدعابة** : لدى أفراد الأسرة القدرة على السخرية من أنفسهم والمزاح فيما يخص أحداث الأسرة.
- **توفير الحاجة للأمن والبقاء**: يتم توفير الحاجات الأساسية من طعام، ومأوى، وملبس.
- **الحل اللاتخاصمي للمشكلات**: عادةً يتم حل المشكلات بأسلوب ديمقراطي.
- **الفلسفة العامة**: أفراد الأسرة لديهم مجموعة من القيم تقدّم بنيه لمعيشة الأسرة.
- **الالتزام**: أفراد الأسرة ملتزمون بالسعادة النفسية لكل فرد فيها.
- **التعبير عن التقدير**: يعبّر أفراد الأسرة بشكل منتظم عن تقديرهم لكل فرد فيها.
- **التواصل**: يتم تحقيق نماذج التواصل الجيد بين أفراد الأسرة.
- **الوقت المنقضي معاً**: يقضي أفراد الأسرة وقتاً معاً لتعزيز العلاقات الإيجابية والشعور بالوحدة الأسرية.
- **الروحانية**: يمكن أن يشتق أفراد الأسرة القوة من الروحانية.
- **مهارات المواجهة**: إن لدى الأسرة مهارات المواجهة الضرورية لملاقاة تحديات الحياة الأسرية.

هذه الخصائص مجتمعه تشير إلى أن النظام الأسري الوظيفي يخلق بيئة إيجابية للأفراد لينمو هذا النظام الأسري متميز بالحب، والرعاية، والاحترام المتبادل. يمكن ان يتواصل أفراد الأسرة بعضهم مع البعض الآخر بشكل فعال، أن يستجيبوا للقوى الخارجية للأسرة. إن للأسرة آليات المواجهة اللازمة للنجاح في الوفاء بالمهام النمائية للحياة الأسرية.

تعزيز الأداء الأسري السليم

PROMOTING HEALTHY FAMILY FUNCTIONING

يمكن استخدام نظريات النظم الأسرية لفهم الأنماط السلبية والصحيحة للأداء الأسري (waldo et al.,2009) الشكل (11) يدمج مفاهيم النظم الأسرية التالية :

- ساتير (1988) – التواصل الايجابي / الإشكالي (التواصل السلبي)
- -إينسورث وباولي (1991) الارتباط الآمن / غير الآمن

- باون (1978)، مينوتشين (1980) الحدود الواضحة / المنتشرة والتباين بين أفراد الأسرة.
- راهيم (1983) مهارات حل الصراع.

X

التمايز		متشتت / مشغول	واضح/ صحي	قاسي / منفصل
تمايز كبير	الاتصال		توكيدي /	
	الصراع		تعاطفي	
	الارتباط		تكميلي	
	الحدود		آمن	
	البناء		صحي	
	التماير		مرتفع	
تمايز قليل	الاتصال	سلبي		عدواني
	الصراع	مجبر		مسيطر
	الارتباط	مشغول		مرفوض
	الحدود	متشتت		صارم
	البناء	مشغول		منفصل
	التماير	منخفض		منخفض
تمايز قليل جداً		مرتبك	متقلب بشكل متطرف مع	منسحب
	الاتصال	متجنب		متجنب
	الصراع	مذعور		مذعور
	الارتباط	متشتت جداً		صارم جداً
	الحدود	مشغول جدا	متقلب بشكل راديكالي مع	منفصل تماماً
	البناء	منخفض جداً	متقلب بشكل راديكالي مع	منخفض جداً

الحـدود /البناء

الشكل (11) النظم الأسرية : التواصل، الصراع، الارتباط، البنية، الحدود، والتباين.

المصـــدر Maureen al (2009) Realizing social justice :the challenge of preventive. Interventions, Washington, D.c : APA. (p.215)

وفقاً لوالدو ورفاقه (2009) فإن الشكل (11):

"يصّور العلاقة القوية بين مفاهيم النظم الأسرية. مفهوم باون عن التباين يمثل المحور الرأسي (y) من الشكل، ومفهوم مينوتشين عن الحدود البنائية يمثل المحور الأفقي (X) من الشكل تتمتع النظم الأسرية السليمة بتواصل تعاطفي وتوكيدي، وتنخرط في حل الصراع التكاملي، وتعزز الارتباط

الآمن. أما النظم الأسرية ذات المستويات المنخفضة من التباين فمن المحتمل أن كثيرة التعمق لها بنيه متورطة ذات حدود منتشرة، أو بنيه متحررة ذات حدود صارمة. البناءات الأسرية المتممقة تعزز التواصل السلبي، مثل سلوكيات حل الصراع الاضطراري، والارتباط المشغول. أما البناءات الأسرية المتحررة، فتعزز التواصل العدواني، وسلوكيات حل الصراع المسيطر، والارتباط المنصرف أما النظم الأسرية ذات المستويات المنخفضة جداً من التباين، فقد تتقلب بين البناءات المتحررة جداً، والمتورطة جداً. هذه التقلبات تعزز التواصل الإنسحابي أو المحيّر، وتجنب حل الصراع، والارتباط المخيف" (pp215– 216) يشير ولدو ورفاقه إلى أن البرامج الوقائية مثل تعليم الوالدين، يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تقوية العائلات من خلال مراعاة عوامل المخاطرة (مثل: نقص الاشتراك الوالدى، وتعزيز العوامل الوقائية يمكن أن تتباين وفقاً للثقافة (Waldo et al .,2009) على سبيل المثال، الاعتزاز العنصري، الموارد المجتمعية، والفرصة الاقتصادية ترتبط جميعاً بالمرونة لدى الأسر الأمريكية من أصل أفريقي. قد تكون العوامل الوقائية مفيدة في التغلب على الضغوط داخل وخارج الأسرة (مثل العنصرية والمصادر الأخرى للصراع)، ولذا يمكن أن تعزز العدالة الاجتماعية.

أولاً: تقييم نظرية النظم، لقد أضافت نظرية النظم بعداً هاماً لعلم الإرشاد حيث أسهمت فى فهم كيف تعمل النظم، وتأثيرها على الأداء النفسي. إن مناظير النظم مفيدة – على وجه الخصوص في وصف بنية وعملية الحياة الأسرية، وكيف يمكن للنظام الأسري خلق هوية أكبر من مجموع أجزائها الفردية (Goldenberg & Goldenberg,2005). وفقاً لجولد ينبرج & جولد ينبرج (2005)، فإن تفكير النظم يقدم ميكانيزما لرؤية الكل: العلاقات بين الوحدات وليس وحدات منعزلة، نماذج التغيير وليس لقطة فوتوغرافية خاطفة وساكنة (Senge ,1990) إن لنظرية النظم نقاط ضعف أيضاً (Enns,1988,Epstein & loos,1989). تهتم نظرية النظم بتجاهل أهمية القضايا النفسية الداخلية، حيث تتجاهل وجدانيات ومشاعر المسترشدون، وتفشل في مخاطبة قضايا المسؤ ولية(Goldnn,1987 ., Nichlos , 1987)

ثانياً، يشير القائلون بالمساواة بين الجنسين إلى أن نظرية النظم لم تأخذ في اعتبارها القضايا الأسرية الهامة مثل القوة، المساواة، والأداء المرتبط بالدور الجنسي (Enns , 1988 , Goldner .,1985)

ثالثاً، لا تراعي نظرية النظم – بشكل كافي – العوامل التى تحدث خارج النظام الأسري مثل : في الوظيفة، وفي المدرسة (Elkaim ,1982).

رابعاً، منهج النظم غير واقعي في أنه يحاول أن "يعالج العظام النخرة لكل الأفراد وليس منع الأيادي التي تمتد إليهم بالسوء" (Elkaim ,1982 , p. 345).

أخيراً، مفاهيم النظم وممارساتها في حاجة إلى تأييد تجريبي (Liddle, 1982, sgields,1986).

إن نظرية نظم التفاعل بين الكائن الحي وبيئته (sherrard& Amatea,2003) والاتجاهات ما بعد المعاصرة/ البنائية الاجتماعية في الإرشاد (Anderson & Goolishian , 1922, white & Epston , 1990) تقدم فرصاً جديدة للتغلب على بعض هذا النقد الموجّه لنظرية النظم.

تؤكد نظرية نظم التفاعل بين الكائن الحي بيئته على الكلية، وتهتم بالعلاقات بين الفرد، الأزواج، الأسرة، والبيئة الاجتماعية الثقافية (sherrard &Amatea, 2003)، كما تعرف بالفرد والآفاق النظامية (المنظومية) التى تمتد إلى أبعد من الأسرة لتشمل القوى الاجتماعية الثقافية التي تمثل البيئة الفيزيقية والاجتماعية للفرد. الاتجاهات في ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية تتناغم مع نظرية نظم التفاعل بين الكائن الحي وبيئته من المنظور ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية، فإن الفرد يبني واقعةً بناءً على اللغات والروايات التى تنتقل من ثقافة إلى أخرى نظرية نظم التفاعل بين الكائن الحي وبيئته، ونظرية ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية تعتبران اتجاهات هامة في الإرشاد النفسي، خصوصاً في خلق نموذج شمولي للإرشاد الأسري والزواجي.

دورة الحياة الأسرية The Family Life Cycle

يقدم نموذج دوفال (1956) ذو المراحل الثماني لفهم الحياة الأسرية (جدول 21) أساساً نظرياً هاماً آخرين للمرشدين النفسين في مجال الإرشاد الزواجي والأسري. تبدأ المراحل الثماني من الزواج إلى موت الزوجين. يحدد النموذج المهام الثمانية المرتبطة بكل مرحلة بالإضافة إلى عدد السنوات التي تستغرقها -تقريباً- كل مرحلة. ثم دمج نموذج دورة الحياة الأسرية لدوفال في نظريات الإرشاد الأسري والزواجي. (Carter& McGoldick, 1988, Haley, 1971,1973, Kovace, 1988, (Solomon, 1973

ويمكن استخدامه في تحديد المهام النمائية الماضية، والحاضرة، والمستقبلية المرتبطة بالإرشاد الأسري (Carter& McGoldrick,1988). إن الفشل في إتقان المهام النمائية المرتبطة بمرحلة معينة يمكن أن تكون له تأثيرات عكسية على الأداء الأسري (Solomon,1973). ويمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الأسري والزواجي دوراً هاماً في مساعدة الأسر على تنمية مهارات المجابهة اللازمة المرتبطة بمهام نمائية معينة (wilcoxon, 1985).

تنطوى التضمينات العلاجية لدورة الحياة الأسرية على نقاط التنقل بين المراحل، والتى هى أكثر الأوقات ضغوطاً بالنسبة للأسر، وعند حدوث المشكلات الأسرية (Haley, 1973). المهمة العلاجية الرئيسية تتمثل في مساعدة الأسر على حل القضايا النمائية بحيث يمكن أن تتقدم للأمام في دورة الحياة الأسرية (Haley, 1973).

تقييم دورة الحياة الأسرية EVALUATION OF THE FAMILY CYCLE

إن دورة الحياة الأسرية نموذج قيّم لفهم كيفية تقدم الحياة الأسرية مع الوقت. كما تم أيضاً دراسة هذا النموذج بكثافة في البحوث عن الأسر، بما في ذلك كيفية دمجه مع مفاهيم النظم (Kovacs, 1988). بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النموذج يقدم بؤرة تركيز للمرشدين النفسين من خلال تحديد المهام النمائية التى تحتاج إلى مساعدة من المرشد النفسي. ومع ذلك، فإن هذا النموذج له نقاط ضعف (Goldenberg &Goldenberg,2004).

جدول (21) نموذج دورة الحياة الأسرية لدى توفال

مرحلة دورة الحياة الأسرية	المكانات في الأسرة	المهام النمائية في مراحل الأسرة	عدد سنوات كل مرحلة تقريباً
1- زوجان (بدون أطفال)	الزوج الزوجة	تحقيق زواج مُرضى للطرفين. التكيف مع الحمل و الوعد بالوالدية	سنتان
2- الأسر التي تربي الأطفال (طفل مولود منذ 30 شهراً)	زوجة- أم زوج - أب طفل (ذكر / أنثى/ أو كلاهما)	ولادة أطفال، و التكيف معهم، وتشجيع نموهم	2- 5 سنوات
3- أسر لأطفال ما قبل المدرسة (الطفل من 30 شهر- 6 سنوات)	زوجة - أم زوج - أب ابنة - أخت ابن - أخ	التكيف مع الحاجات الضرورية و الاهتمامات الضرورية لطفل ما قبل المدرسة. مواجهة استنزاف القوة، و قلة الخصوصية للوالدين	3- 5 سنوات
4- أسر لأطفال المدرسة (الطفل الأكبر من 6- 13 سنة)	زوجة - أم زوج - أب ابنة - أخت ابن - أخ	التناغم مع مجتمع الأسر ذات أطفال المدرسة . تشجيع الأطفال على الانجاز الأكاديمي	7 سنوات
5- الأسر التي بها مراهقين (الابن الأكبر من سن 13- 20 سنة)	زوجة- أم زوج - أب ابنة - أخت ابن - أخ	تحقيق التوازن بين المسؤولية والحرية كمراهقين ناضجين. تحقيق الاهتمامات ما بعد الوالدية و الحياة المهنية كوالدي أطفال ناضجين	7 سنوات
6- الأسر كمراكز إطلاق (أول طفل يذهب إلى آخر طفل يغادر المنزل)	زوجة - أم - جدة زوج - أب - جد ابنة- أخت - عمه - خالة ابن- أخ - عم - خال	تسليم الشباب إلى العمل، الخدمة العسكرية، الجامعة - الزواج باحتفال جيد، والمساعدة. الحفاظ على	8 سنوات

		قاعدة بيتية داعمة.	
7- والـدان لأبـنــاء فــي منتصف العمر (بيت خاوى للتقاعد)	زوجة - أم - جدة زوج - أب - جد	إعادة بناء العلاقات الزوجية. الحــفــاظ على روابط مع الأجيال الكبيرة و الصغيرة	15 سنة فما فوق
8- أفـراد أسـر مـسنين (القاعد إلى وفاة الزوجين)	أرمل/ أرملة زوجة - أم- جدة زوج - أب - جد	مـجـابهـة الحـيـاة الفـردية ، إغلاق بيت الأسـرة أو التكيّف مـعـه من أجل الاحـتـيـاجـات المسنّة . التكيّف مع التقاعد	10- 15 سنة فما فوق

Duvall (1984) . Marriage & Family Development , Harper & Row Publishing Inc(P. 179)

هذا المفـهـوم لم يأخـذ بعين الاعـتـبـار المدى الواسـع من البناءات الأسـرية المعاصـرة التي تنتج من الطلاق والزواج. بالإضـافة إلـى ذلك، فإن نموذج دوفـال لم يقـدّم معلومـات كـافية عن نقـاط التنّقل بين المراحل، التى يمكن أن تكون إشكالية للأسر (Goldenberg &Goldenberg,2004).

الإرشاد الزواجي MARRIAGE COUNSELING

المشكلات الزوجية تأخذ أعلى الرتب في أسباب الإحالة لخدمات الاضطرابات النفسية (Sperry & Carlson ,1991) يقدّر شوليفار (1985) أن 75% من كل المسترشدون الذين يدخلون إلى الإرشاد النفسي يسعون طلباً للمساعدة في المشكلات الزوجية بالإضافة الى مشكلات أخرى يميل الناس إلى طلب الإرشاد الزواجي عندما يمر النظام الأسري بحالة من عدم التوازن بسبب مشكلات مثل الخيانة الزوجية، التنافر الجنسي، والاختلاف بشأن ممارسات الطفل ورعايته، والهموم التى تتعلق بالطلاق، التواصل غير الفعال، والقضايا المرتبطة بالقوة والضبط (Goldenberg &Goldenberg,2004).

أيضـاً يمكن أن يكون الإرشـاد الزواجي مـفـيـداً في عـلاج مشكلات الفـرد، مـثل الاكـتـئـاب وتنـاول الكحولات (Friedander & Tuason, 2000). على سبيل المثال، الاكتئاب المرتبط بالزواج. الاكتئابي يتم علاجه بشكل جيد في الإرشاد الزواجي، بينما الاكتئاب الذي ليس له علاقة بالمشكلات الزوجية يستجيب بشكل جيد للإرشاد النفسي الفردي. في علاج تناول الكحولات، يُنظر إلى الإرشاد الزواجي على أنه أجـدر من الإرشـاد النفسـي الفـردي في التغلب على مـيـول العنف، وتعـزيز الرضـا الزواجي. يُعتبـر الإرشـاد الزواجي مـفـيـداً على وجـه الخـصـوص - في عـلاج تناول الكحـولات من حيث تعـزيز التربية الكحولية الضابطة والتأثيرات الداخلية للشريك مقدم الرعاية.

يمكن أن يكون الإرشـاد الزواجي خبـرة متـحـدثة ومكافـئـة للمرشـدين النفـسـين في مجال الإرشـاد الزواجي،والمسترشـدون غـالبـاً مـا ينتظر الأفـراد الذين يطلبون الإرشـاد الزواجي "لآخـر لحظة" طلبـاً

للمساعدة (Friedlonder & Tuason,2000). وفي الوقت الذين يدخلون فيه إلى الإرشاد النفسي، يتم تطويق مشكلاتهم بشكل جيد. لذا، ليس غريباً أن 50 ٪ من المسترشدون يستمرون في عدم رضاهم عن الشريك بعد إتمام الإرشاد الزواجي - الشئ السار أيضاً هو مساعدة المسترشدون في التغلب على المشكلات بنجاح وبناء الأسس لعلاقات مستمرة ذات معنى.

العملية الإرشادية The Counseling Process

يميل الإرشاد الزواجي إلى أن يكون موجزاً، يركّز على المشكلة، واقعياً (Goldenberg & Gold- enberg,2004). الشكل الأكثر شيوعاً للإرشاد النفسي الزواجي هو الإرشاد الزواجي المشترك (Nichols & Everett ,1986) الذي ينطوي على أن يعمل المرشد النفسي مع الزوجين معاً. يصف هامفري (1983) تعديلاً بسيطاً في جلسة الإرشاد المشترك، حيث يشير إلى أن يرى المرشد النفسي كل فرد بشكل مستقل قبل الجلسة المشتركة. كما يشير إلى أنه عندما يتم مقابلة كل فرد بشكل مستقل، فإنه سوف يناقش - بانفتاحية - القضايا الحساسة مثل الخيانة الزوجية - عندما تتعلق المشكلة بالثقة والسرية. لابد أن يوضح المرشد النفسي مع المسترشد المعلومات التي يمكن تقديمها من جلسة الإرشاد أثناء الجلسات المشتركة، وكيف يمكن نقلها.

تتباين العملية الفعلية للإرشاد الزواجي وفقاً للتوجّه النظري للمرشد النفسي يستفيد المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الزواجي من مدى واسع من نظريات الإرشاد النفسي مثل التحليل النفسي، النظرية السلوكية - المعرفية، نظرية النظم، والنظرية البنائية (Sperry & Carlson, 1991).

يمكن اعتبار هذه النظريات -إلى حد بعيد- تعديلات لما يُستخدم في الإرشاد الفردى كما أوضحنا فى الفصول 7، 8، 9، وتلك النظريات المرتبطة بالإرشاد الأسري، كما سيبين في آخر هذا الفصل. يذكر سبيرى & كارلسون (1991) أن كل المداخل تستخدم اتجاه النظم. يشير جولدينبرج وجولدينبرج (2004) إلى أن المرشدين النفسين في مجال الإرشاد الزواجي يخاطبون الأفكار، المشاعر، والسلوكيات ضمن سياق النظم الأسرية والزوجية. تم تطوير العديد من النماذج التكاملية في الإرشاد الزواجي والتى تقدم مدخلاً، واسعاً على سبيل المثال، يشير جليك ورفاقه (1987)، نيكولس (1988) إلى أن الإرشاد الزواجي له ثلاثة مراحل : البداية، الوسط، النهاية. إن لنموذج نيكولس (1988) ثلاث مهام ترتبط بمرحلة البداية: تحقيق علاقة موجبة، التقييم ووضع الأهداف، وتقديم المساعدة الفورية للزوجين أما المرحلة الوسطى، فتهتم في الأساس باستخدام استراتيجيات التدخل لتحقيق الأهداف الإرشادية، في حين أن مرحلة الإنتهاء تسمح بالانتقال نحو الإنهاء متى تم تحقيق الأهداف الإرشادية.

الإرشاد الزواجي القائم على المهارات Skills- based Marriage Counseling

يمكن أن يستفيد المرشدون النفسيون من المناهج العلمية - على اختلاف توجهاتهم النظرية - وهذا المنهج العلمي هو المنهج القائم على المهارات للإرشاد الزواجي (Sperry & Carlson, 1991)

وهذا الإطار مأخوذ من العمل الأولي لدينكمير وكارلسون (1984) عن الإثراء الزواجي الإطار القائم على المهارات يستند إلى المبادئ التالية:

(1) الزواج السليم، المنتج يحتاج إلى وقت وتعهد،

(2) يمكن تعلم المهارات اللازمة لزواج مُرضٍ،

(3) التغير يتطلب من كلا الشريكين تحمل المسؤولية،

(4) يمكن أن تعود مشاعر مثل الحب والرعاية مع سلوك التغيير،

(5) التغيرات البسيطة يمكن أن تجلب تغيرات كبيرة.

وفقاً لسيبري وكارلسون (P.45 ,1991)، فإن المهارات العشر التى يُعتقد أنها تسهم في الزواج الفعال، هي أن يفعل الزوجان ما يأتي :

1- يقبل - بشكل فردي - المسؤولية عن سلوكياته وتقدير الذات.

2- يحدد ويصف أهدافه الشخصية والزوجية.

3- يختار أن يشجع الآخر.

4- يوصّل مشاعره بأمانه وانفتاحية.

5- يستمع بتعاطف عندما يتم التعبير عن المشاعر.

6- يسعي لفهم العوامل التي تؤثر في العلاقة.

7- يوضح أنه يقبل ويقدّر الآخر.

8- يختار الأفكار، والكلمات، والأفعال التى تدعم الأهداف الموجبة للزواج.

9- يحل هو والآخر الصراعات الزوجية.

10- يلزم نفسه بالعملية المستمرة من الحفاظ على زواج متكافئ.

إن الإطار القائم على المهارات للإرشاد الزواجي تعليمي في أنه يقدّم للزوجين الفرص لتعلم كيفية استخدام المهارات العشر. على سبيل المثال، يمكن أن يتعلم الزوجان كيف يستخدمان بعض من هذه المهارات في مدخل من أربع خطوات لحل الصراع: (1) يظهران الاحترام المتبادل (2) يشاركان بشكل متبادل في اتخاذ القرارات. هناك أيضاً خطوط إرشادية أخرى لحل الصراع تشتمل على أن يكون الزوج محدداً وموجهاً في الحاضر والمستقبل، يستخدم مهارات تواصل جيدة مثل رسائل "أنا " والاستماع النشط، تجنب المطلق، وتجنب محاولة تحديد من هو المخطئ ومن المصيب (Sperry & Carlson , 1991) .

التقييم الزواجي Marital Assessment

التقييم الزواجي سمه من سمات العملية الإرشادية التى تستحق اهتماماً خاصاً - التقييم الشامل ضروري في الإرشاد الأسري والزواجي (Sperry & Carlson, 1991)، حيث إن (83%) من الفشل في

العلاج يرتبط بالتقييم غير الكافي (Coleman ,1985) ينطوي التقييم الشامل في الإرشاد الزواجي على تقييم الموقف، والنظام، وكل زوج، وأهلية الزوجين للإرشاد الزواجي (Sperry,1984 a) نقدم فيما يلي وصفاً لهذه العوامل الأربعة.

1- الموقف : ينطوي تقييم الموقف على تحديد الضغوط، العوامل الدافعة للخلاف الزواجي، والعوامل الأخرى التى تؤثر على الموقف.

2- النظام : يمكن استخدام نظرية النظم لمخاطبة النظام الزواجي للحصول على فهم عن خصائصه الناجحة وغير الناجحة.

3- كل زوج : يتم تقييم كل زوج لتحديد مستواه في الصحة النفسية والجسمية بالإضافة إلى أسلوب شخصيته.

4- الأهلية للعلاج : من المهم تحديد ما إذا كان الإرشاد الزواجي مناسباً للزوجين. يشير بولكي (1983) إلى أن المسترشدون يحتاجون إلى دافعية للتغيير، ولديهم توقعات مقبولة تتعلق بالنتائج التى تناسب الإرشاد الزواجي.

إجراءات التقييم شائعة الاستخدام في الإرشاد الزواجي تشتمل على المقابلة الإكلينكية (Framo 1981 ,)، تشريع القوانين، وينطوي على جعل المسترشد يحل الصراعات والمشكلات أثناء جلسة الإرشاد (Nichols ,1988)، ويتم تصميم الاختبارات المعيارية للإرشاد الزواجي (Boen ,1988). لقد أصبحت أدوات التقييم الزواجي شائعة في الإرشاد الزواجي هذه الأدوات مفيدة على وجه الخصوص أثناء جلسات الإرشاد الأولى ، ولكن يمكن استخدامها أيضاً خلال العملية الإرشادية كلما دعت الضرورة إلى ذلك (Boen,1988). يقدم بوين (1988) استعراضاً لأدوات التقييم الزواجي شائعة الاستخدام على النحو التالي:

- **قائمة ستوارت لاعداد الإرشاد الزواجي**: طوّرها ستوارت (1983). هذه القائمة تحدد 15 مجالاً، يتبين من خلالها رضا أو عدم رضا الزوجين ومن أمثلتها : ممارسات تربية الطفل، أو الممارسات الجنسية كما تحدد الأكثر كسباً، أو الأكثر خسارة من بقاء العلاقة.

- **تقرير الإرشاد الزواجي لروسيل ومادسين**: طوره روسيل ومادسين (1985) ويقدم على شكل استبان العوامل الستة عشر للشخصية الذي أعده رايمون كاتل، كما أوضحنا في الفصل الرابع. هذا التقرير يقدم معلومات عن شخصية كل من الزوجين، وكيف أن هذه الشخصيات تسهم في المشكلات الزوجية، وكيف أن الزواج قد يثير المشكلات النفسية للزوجين.

- **التحليل العلاجي لتايلور - جونسون** : التحليل العلاجي لتايلور جونسون (Taylor & Morri- son , 1984) عبارة عن نسخة منقّحة من التحليل العلاجي لجونسون، والذي طوّره جونسون عام 1941." يمكن استخدامه لإظهار المتشابهات والاختلافات بين الزوجين مقارنة بالأفراد الآخرين، ومدى درجة فهم كل منهما للآخر"(Boen ,1988,p.485)

- قائمة سيندر للرضا الزواجي : تحدد هذه القائمة التى أعدها سيندر (1981) المجالات الرئيسية الذي يكون فيها الزوجان راضيان أو غير راضيان مثل التواصل، وحل المشكلات. هذه القائمة مفيدة على وجه الخصوص للأزواج الذين لا يعرفون من أين يبدءون في التعامل مع مشكلاتهم.
- تقييم الطلاق: أحد الطرق المثيرة في تقييم الزيجات هى تحديد العوامل التى تتنبأ بالطلاق. حدد سلسلة من الدراسات أجراها جوتمان ورفاقه (1998) المتغيرات التالية للتنبؤ بالطلاق، وهى:
  - النقد، ازدراء، دفاع، والانسحاب الوجدانى أثناء حل الصراع (Gottmon, 1994)
  - نقص الوجدان الإيجابي مثل الدعابة، والاهتمام، والانفعال (الزيجات الناجحة لها معدلات عالية من تفاعلات الوجدان الإيجابية، ومعدلات الوجدان الإيجابي إلى السلبي أثناء حل الصراع هي من 5 : 1 مقارنة بالزيجات غير المستقرة، والتى لها نسبة من 0.8 : 1)
  - يرفض الزوج تأثير الزوجة أثناء الصراع (Gottman,et al , 1994 (حدد جوتمان ورفاقه (1998) المتغيرات التالية للتنبؤ بالرضا الزواجي.
  - تليّن الزوجات البداية في الحديث عن الصراع (مثلاً : تأخذن مدخلاً متردداً وليس منهجياً للمواجهة).
  - يخفف الأزواج من العاطفة السلبية القوية لدى الزوجات (مثلاً: الغضب، الحزن، التوتر).
  - تخفف الزوجات من العاطفة السلبية القوية لدى الأزواج (مثلاً: الازدراء، الدفاع، الحرب).
  - التخفيف الجسمي للذات أو للشريك لإدارة الضغوط (خصوصاً هام للرجال ذوي مستويات مرتفعة من النشاط الذاتي أثناء الصراع مقارنة بالنساء).

بالإضافة إلى ذلك، وجد جوتمان ورفاقه (1998) أن مهارات الاستماع قد لا تكون مفيدة أثناء الصراع. كما أنها قد تكون موجهه أكثر من اللازم، ومتحدية ويحتاج كل من الزوجين التعاطف مع الآخر، وقد لا يطبق ذلك في بعض الأحيان (مثلاً : عندما يغضب الزوج من الشريك).

يذكر جوتمان ورفاقه (1988) أن الوجدانيات السالبة مثل الغضب ليست مؤشراً على الطلاق في الحقيقة، يحتاج الناجح إلى التعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية. المهم هو "اللين، والرقّة، والتخفيف من السلبية (فالسلبية من أحد الزوجين يتبعها الوجدان المحايد من الشريك الآخر -Gott mon et al . 1998,p.16). يقدم جوتمان ونوتاريوس (2000) مراجعة لبحوث عقد من الزمن عن التفاعلات الزوجية. لم تركز البحوث على التنبؤ بالطلاق ولكن ركزت على العوامل التي تعزز أو تقوّض الرضا الزواجي. يمكن عرض بعض هذه النتائج كما يلي:

- خلال سنة من ميلاد أول طفل، يميل الزوجان إلى العودة إلى الأدوار الجنسية النمطية، حيث يذهب الزوج إلى العمل، وتقل جودة التواصل والعلاقات الجنسية بشكل دراماتيكي (فالمتعة تأتى من التفاعل مع الطفل).
- الأزواج المكتئبون يضعفون من حل المشكلات ويكبحونها، بينما غير المكتئبين يقوّن من كل المشكلات وييسرونها، ويفصحون عنها.
- يرتبط الانخراط في النموذج الإنسحابي / يتراجع (الزوجة تطلب التغيير، والزوج ينسحب من خلال عدم التفاعل أو الدفاع) بالانحصار في الرضا الزواجي لدى الزوجات خلال عامين ونصف.
- يبدو أن تأثير الدعابة على حل المشكلات يتغير مع الوقت من سلبي أثناء سنوات الشباب الوسطى، إلى إيجابي أثناء سنوات الشباب المتأخرة (يميل الشباب في مرحلة الشباب المتوسطة إلى استخدام المرح كآلية تجنبيه ويستخدم الشباب في مرحلة الشباب المتأخرة الدعابة كطريقة للتعبير عن الوجدان الإيجابي النقي.
- الأزواج الذين يحافظون على التغيير بعد الانتهاء من الإرشاد الزواجي قادرون على القيام بوظائفهم أفضل من الذين ينتكصون في التغيير.

الإرشاد الأسري FAMILY COUNSELING

لا يوجد تعريف واضح للإرشاد ومع ذلك، فإن صفته الرسمية المميزة تتمثل في أنه ينطوي على المشكلات التى يمر بها الفرد، ويبدو أنها تشير إلى مشكلات رئيسية في النظام الأسري (Horne föhlsen,1982). الإرشاد الأسري يسمو على الإرشاد الفردي في علاج بعض الاضطرابات. على سبيل المثال، وجد كامبل وباتيرسون (1995) أن المراهقين الذين كان لديهم فقدان الشهية للطعام لمدة ثلاث سنوات أو أكثر كان لديهم نواتج علاجية موجبة من خلال الإرشاد الأسري أكثر منه عندما تم معالجتهم من خلال الإرشاد الفردي. مدخل النظم يميز الإرشاد الأسره، والذي فيه يعالج المرشدون النفسيون المشكلات ضمن سياق العلاقة وليس العمل بشكل مستقل مع الأفراد(Goldenberg &) Goldenlaerg,2004 هذا الجزء يقدم استعراضاً لست نظريات رئيسية في الإرشاد الأسري (معروضة بإيجاز في جدول 22)، ثم يناقش عملية الإرشاد الأسري.

الإرشاد الأسري السيكودينامي Psychodynamic Family Counseling

يُنسب إلى ناثان أكيرمان (1937 , 1956 , 1966 , 1970) دمج التحليل النفسي في نظرية الإرشاد الأسري، حيث يؤكد نموذجه على أهمية القوى الداخلية العلائقية. نظر أكيرمان (1970) إلى الأسرة على أنها نظام لتفاعل الشخصيات، يمثل كل فرد من أفراد الأسرة نظاماً فرعياً. الهدف الرئيسي لمنهج أكيرمان هو تعزيز التغيير والنمو من خلال تغيير نماذج التواصل، حل الصراعات الداخلية

المرضيـة، ومسـاعـدة أفـراد الأسـرة على تعـريف أدوارهـم بأسلوب تكاملي (Gold- & Goldenberg enberg,2004) بعد ذلك، دمج فرامو (1992) نظرية الشيء - العلاقات (انظر الفصل السابع) في الإرشاد الأسري السيكودينامي المقدمة المنطقية لنظرية الشيء - العلاقات هي أن الدافع الأساسي في الحياة هو الدافع لإشباع العلاقات مع الأشياء (مثلاً إشباع العلاقات) (Gold- & Goldenberg enberg,2004) بالإضافة إلى ذلك، تشير نظرية العلاقات مع الأشياء إلى أن الصراعات النفسية الداخلية التي ظهرت من العائلة الأصل تلعب دوراً هاماً في مشكلات العلاقة. كجزء من البرنامج العلاجي الكلي، فإن المرشدين النفسين في مجال الإرشاد الأسري السيكوديناميكي قد يقومون بإرشاد فردي، والإرشاد الزوجي، والإرشاد الأسري، والذي يشتمل على أفراد من أسرة المسترشد الأصلية (Goldenberg,2004 & Goldenberg).

الإرشاد الأسري الخبراتي Experiential Family Counseling

يمكن أن تعود الأصول النظرية لإرشاد الأسري الخبراتي إلى المدارس الخبراتية الإنسانية للإرشاد النفسي، كما أوضحنا في الفصل السابع يُنسب إلى فيرجينيا (1983,1988)، كارول ويتاكر (1976,1977)، ووليام بامبري (Whitaker & Bumberry,1988). دمج المفاهيم الرئيسية للمدارس الخبراتية - الإنسانية في الإرشاد الأسري - تتمثل المقدمة المنطقية لهذا المدخل في أنه إذا ما أصبح أفراد الأسرة أحراراً في التحوّل نحو تحقيق الذات، فإن الأسرة سوف تكون ناجحة. إن أهداف الإرشاد الأسري الخبراتي تشتمل على تعزيز التواصل الواضح بين أفراد الأسرة، مساعدة أفراد الأسرة على أن يكونوا واقعيين، ومستقلين، مساعدة الأسرة في تنمية المناخ الأسري الإيجابي الذي يتميز بالتشجيع والرعاية، والمودة، وتعزيز الوعي بالاختيار والمسؤولية لدى أفراد الأسرة.

تركز العملية الإرشادية في الإرشاد الأسري الخبراتي على الحاضر بدلاً من التعامل مع الماضي. يستخدم المرشد النفسي أساليب جديدة مثل المواجهة، والتدريب على مهارات التواصل، وتدريبات الجشطالت لمساعدة أفراد الأسرة على أن يكونوا على وعي بمشاعرهم. على سبيل المثال أسلوب النحت ينطوي على جعل أحد الأفراد يرتب جسميا أفراد الأسرة الآخرين لخلق تمثال يقوم الفرد بعمل التمثال النحتي باستخدام فراغ واستمارة لتمثيل إدراك العلاقات الأسرية، على سبيل المثال، وضع طفل بين الأم والأب، ليرمز إلى التداخل بين الثنائي الزواجي. ثم يتم بعد ذلك دعوة كل أفراد الأسرة لمناقشة هذا العمل الإبداعي. الموضوعات المماثلة التي تنتج من هذه الحوارات هي: القرب، العزلة، الاصطفاف، المودة، والقوة.

الإرشاد الأسري البنائي Structural Family Counseling

يُنسب إلى سلفادور مينوتشين (1974,1984) تنمية الإرشاد الأسري البنائي. يتمثل دور المرشد النفسي في هذا المدخل في الانضمام إلى الأسرة في موقع القيادة، بهدف توضيح الحدود بين أفراد الأسرة، وزيادة مرونة التفاعلات الأسرية، وتعديل البناء الأسري المختل وظيفياً (Goldenberg & Goldenberg,2004).

طوّر مينوتشين (1974,1984) العديد من المفاهيم الإبداعية التي لعبت دوراً رئيسياً في نشأة نظرية النظم (Goldenberg & Goldenberg,2004) ومن أمثلة هذه المفاهيم مفهوم الحدود، وهي القواعد المكتوبة التي تساعد في تحديد أدوار ووظائف أفراد الأسرة. تحدد الحدود ما هو مسموح بحدوثه بين أفراد الأسرة، ويمكن ضمان الخصوصية، أو السماح بالمودة.

يمكن أن يحدث الخلل الوظيفي عندما تصبح الحدود جامدة، ومحيّرة، ومتصارعة. المفهوم الآخر الذي طوّره مينوتشين (1974,1984) هو إعادة التأطير، وهو أسلوب إرشادي أسري يُستخدم لمساعدة الأسرة على رؤية الأشياء من منظور أكثر إيجابية. على سبيل المثال، قد يشكو مراهق من أن أمه تقضي وقتاً طويلاً جداً في العمل. ومن خلال استخدام أسلوب إعادة التأطير، قد يساعد المرشد النفسي المراهق في التركيز على حقيقة أن أمه تستمتع بوظيفتها. وهذا يجعلها شخصية لطيفة يمكن العيش معها.

جدول (22) نظريات الإرشاد الأسرى

النظرية	المؤسسون	المفاهيم الرئيسية	العملية	الأهداف
الإرشاد الاسرى السيكودينامى	ناثان أكرمان، جيمس فرامو	يُعتقد أن القوى النفسية الداخلية تلعب دوراً رئيسياً فى الخلل الوظيفى الأسرى، والعلاقات الموضوعية مثل العلاقات ذات المعنى هى القوة الدافعة فى الحياة	تركز على القوى الداخلية والبينشخصية (مثلا: تقوية الأنا، توضيح الأدوار، ومساعدة المسترشدين فى الحصول على العلاقات المُرضية).	تعزز التغيير والنمو بتغيير نماذج التواصل، حل الصراعات الداخلية المرضية، وتعريف أدوار أعضاء الأسرة بأسلوب تأملى
الإرشاد الأسرى الخبراتى	فرجينيا ساتير، كارول ويتكر، وليام بامبرى	تحقيق الذات، الوعى، الاختيار، المسؤولية	تحرر أفراد الأسرة للسير نحو تحقيق الذات، لها تركيز خبراتى، ترتبط بقضايا الحاضر وليس بقضايا الماضي	تعزز التواصل الواضح، تساعد أفراد الأسرة على أن يكونوا واقعيين، وأفراداً مستقلين، وتعزز المناخ الأسرى الإيجابي
الإرشاد الأسرى	سلفادور مينوتشين	المفاهيم المنظومية مثل الحدود وإعادة	يلتحق المرشد النفسى بالأسرة	توضيح الحدود، زيادة مرونة

البنائى		التأطير	ليغيّر بنية التفاعل بين أفراد الأسرة	التفاعلات الأسرية ، تعديل البنية الأسرية اللا وظيفية
الإرشاد الأسرى الاستراتيجى	جى هيلى، كلومادانيز	نماذج التواصل وصراعات القوى تحدد طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة	تحاول حل المشكلات المعروضة مباشرة ، مع محاولة ضئيلة للحصول على استبصارات من الأحداث الماضية	يتوصل إلى علم أعراض المرض لدى أفراد الأسرة من خلال إعادة تعريف العلاقات بين أفراد الأسرة
نظرية ألدر /دريكورس للإرشاد الأسرى	ألفريد أدلر، رودولف دريكورس	المجموعة الأسرية، الاحترام المتبادل، أهداف سوء السلوك، استخدام النتائج، التشجيع، التواصل	لها تركيز تعليمى لمساعدة الوالدين على تعلم المهارات لتعزيز العلاقة الإيجابية بين الوالد والطفل	فهم ديناميكيات المشكلات التى تحدث داخل الأسرة، تعزيز العلاقات الموجبة بين الوالد والطفل
ما وراء المعاصرة / البنائية الاجتماعية	توم أنديرسين، مايكل وايت، وآخرون	يتم صياغة مفاهيم المشكلات عن طريق اللغة والروايات	تستخدم القصص التى تعكس الحياة الأسرية التى يتم تنميتها وإعادة كتابتها، توفير فرص جديدة لحياة أسرية ذات معنى	مساعدة الأسر على إبداع قصص جديدة، تعزيز الأداء الأسرى المُعدّل

إرشاد الأسري الإستراتيجي Strategic Family Counseling

لعب جي هالي (1963, 1971, 1973, 1976, 1980)، وأفراد آخرون أمثال كلومادنيس (1981,1984) أدوراً رئيسية في نمو الإرشاد الأسري الاستراتيجي هذا المدخل يركز على نماذج التواصل بين أفراد الأسرة، ويرى أن القوى النفسية الداخلية غير هامة. يشير حبيهالي (1976 , 1980) إلى أن العلاقة بين أفراد الأسرة يمكن تحديدها بأسلوبهم في التواصل، أين يضعون أنفسهم فيما يخص قضايا القوة.

يعتبر هذا المنهج إستراتيجياً لأنه يركز على حل المشكلات المعروضة مباشرة، مع محاولة قليلة لتقديم تبصرات من الأحداث الماضية لحل المشكلات المعروضة، فإن المرشدين النفسين يستخدمون إجراءات موجهه نحو أفعال دقيقة، بما في ذلك الواجبات المنزلية.

تعليم مهارات جديدة، وتقديم النصيحة. كما يستخدمون أيضاً أساليب متناقضة، تنطوي على وصف الأعراض على سبيل المثال، إذا كان الزوج والزوجة يعتادان على الصراخ في وجه بعضهما البعض، فقد يطلب إليهما المرشد النفسي أن يقضيا 10 دقائق يصرخ كل منهما في وجه الآخر يومياً.

يمكن أن يكون الإرشاد الأسري الاستراتيجي شكلاً قوياً وفعالاً من أشكال الإرشاد النفسي. لابد من استخدام استراتيجيات مثل تقديم النصيحة والأساليب المتناقضة، أو أنه حينها قد يضر الأسرة أكثر من نفعها (Nichols , 1984)

الإرشاد الأسري عند أدلر Adlerian Family Counseling

المدرسة السيكولوجية عند ألفريد آدلر، والكتابات المتأخرة لرودولف دريكورس (أنظر الفصل السابع) قد تم تطبيقها على العديد من عمليات المساعدة، بما في ذلك الإرشاد الأسري، وتعليم الوالدين.

يركز الإرشاد الأسري الآدلري على أفراد الأسرة، بالإضافة إلى الأداء الكلي للأسرة. الهدف الرئيسي لهذا المدخل هو تحسين العلاقات بين الوالدين الطفل (Lowe, 1982).

دور ووظيفة المرشد النفسي تعليمية – نفسية لمساعدة الوالدين على تعلم القواعد، وفهم ديناميكيات المشكلات التى تحدث داخل الأسرة (Lowe, 1982) وفي هذه العملية، يحدد المرشد النفسي الأخطاء الرئيسية، ويعلّم الوالدين المفاهيم التى سوف تساعدهم على فهم سوء السلوك، ومساعدة الوالدين على الاشتراك بفعالية مع المشكلات، والمساعدة في تحقيق العلاقات بين الوالد – الطفل – المفاهيم الرئيسية لهذا المدخل هي المجموعة الأسرية، أهداف سوء السلوك، استخدام النتائج المنطقية والطبيعية، التشجيع، والتواصل. على الرغم من آن هذه المفاهيم الآدلرية قد تمت مناقشتها في الفصل السابع، إلا أننا نقدمها هنا من حيث المنهج الإرشادي الأسري.

- المجموعة الأسرية: ترتبط المجموعة الأسرية بالبنية الكلية للأسرة. هناك اهتمام خاص بكيفية استخدام خصائص ترتيب المواليد لفهم شخصية الأطفال (مثلاً : يميل الطفل الأول إلى آن يكون مدللاً).
- أهداف سوء السلوك: يُنظر إلى سوء سلوك الأطفال كحركة نحو هدف من أربعة أهداف لسوء السلوك: الانتباه، والقوة، والانتقام، عرض عدم الكفاية – هناك أهداف أخرى لسوء السلوك من أجل المراهقين، وتشتمل على الإثارة، وتقبل النظير، والسمو (Dinkmeyer et al , 1997).

- استخدام النتائج المنطقية والطبيعية: يتعلم الوالدين استخدام النتائج المنطقية والطبيعية بدلاً من العقاب لتأديب الأطفال. من بين مميزات هذه الاستراتيجية التي تتفوق بها على العقاب هي أن النتائج ترتبط بشكل منطقي بسوء السلوك، ويعزز الاختيار والمسؤولية لدى الطفل، ويقلل من العداء أو الحقد بين الوالد والطفل.
- التشجيع : يتعلم الوالدان استخدام التشجيع مع أطفالهما. إن تقديم التشجيع يركز على الجهد، ويساعد على بناء تقدير الذات، والثقة وفعالية الذات.
- مهارات التواصل : يتعلم الوالدان كيفية استخدام مهارات التواصل الفعالة مع الطفل، كما أن فلسفة الاحترام المتبادل ضرورية للتواصل الفعال، حيث أنه عندما يحترم الوالدان الطفل، فإنهما سوف يميلان إلى توصيل الفهم التعاطفي لوجهة نظر الطفل. كما يمكن أن يتعلم الوالدان أيضاً مهارات الاستماع ومهارات حل المشكلات، والتي يمكن استخدامها لمساعدتهما على التعامل مع المشكلات الشخصية.

ثم أيضاً دمج المفاهيم المستخدمة في نظرية آدلر للإرشاد الأسري في برامج التربية الوالدية مثل التدريب المنظومي من أجل برامج والدية فعالة لدى دينكيمر ورفاقه (1997). تنطوي برامج التربية الوالدية على مجموعات صغيرة من الأفراد، يلتقون لمناقشة الهموم والمفاهيم الوالدية، لمدة ما يقرب من 1/2 ساعة ونصف كل : أسبوع لمدة عشرة أسابيع. تبين الجهود البحثية أن فعالية المعلم الوالدي لا ترتبط بما إذا كان المعلمون آباءً هم أنفسهم أم لا(Schultz et al, 1980) كما تشير البحوث أيضاً إلى أنه من من المهم تضمين أنشطة لعب الأدوار للسماح بالتذويت والتحوّل من الاتجاهات إلى السلوكيات (Schultz & Nystul, 1980).

لقد طوّرتُ مدخلاً للإرشاد الأسري يُسمى الإرشاد الماراثوني أثناء عملي في نافاجو. هذا المنهج أُستخرج من عمل كاثرين هيليز، مرشد نفسي للصحة نفسي في نافاجو. الإرشاد الأسري الماراثوني يشترك مع منهج ماراسيلفيني - بالازولي في الخصائص التالية : كلاهما يستخدم جلسات أسرية مطوّلة تستمر إلى ثماني ساعات تقريباً مرة كل شهر، وكلاهما يخدم المسترشدون الذين يعيشون في المناطق الريفية ويتطلب منهم السفر مئات الأميال لحضور الجلسة. يقوم الإرشاد الأسري الماراثوني على مبادئ الإرشاد الأسري الآدلري، والذي يشتمل على التشجيع وتحقيق الاحترام المتبادل، وتحديد الأخطاء الرئيسية، وتقديم إعادة توجيه من الأخطاء الرئيسية. الملحوظة الشخصية التالية توضح هذا المدخل.

ملحوظة شخصية

وصلت سيدة تبلغ من العمر 74 عاماً إلى مركز الصحة النفسية حيث أعمل أتت السيدة في صحبة ابنتها، وقد بدا عليها الاكتئاب والبكاء أثناء المقابلة الأولى. فهي تعيش مع زوجها، وتبعد عن المركز 100 ميلاً، ولها ثلاث بنات، وولدان، و12 حفيد وحفيدة.

هذه الجدة تشكو من أن اثنين من أحفادها قد أتلفا أربعة من سياراتها على مر السنين الماضية، لذا اعتقدت أنها يائسة، ورأت أن ذلك سوف يحدث مرات ومرات لأن (الأطفال أطفال) أثناء حديثها معي، حددت أنا والمساعد في الصحة النفسية بعض الأخطاء الرئيسية. كما أوضحنا في الفصل السابع، فإن مفهوم الأخطاء الرئيسية عند أدلر عبارة عن فكرة والشعور بالنقص، مثل المبالغة في التعميم، الهدف الخطأ للأمان، سوء إدراك متطلبات الحياة، أو التقليل من قيمة الفرد. الأخطاء الرئيسية لدى هذه المسترشدة كانت كالآتي :

1- الآخرون لن يستطيعوا العيش بدوني.

2- الأطفال في أسرتي غير مسؤولين، لذا، عليّ أن أرعي كل شئ.

3- أنا لست مهمة. فالآخرون أكثر أهمية مني.

عند هذه النقطة، قررت أنا والمساعد أن المسترشدة قد تستفيد من الإرشاد الأسري الماراثوني بسبب المسافة البعيدة التي قطعتها سفراً هي وابنتها، وعمق كآبتها. كما علمنا أن آخر حفيد أتلف لها سيارة كان سجيناً. نظراً لأننا كنا نريد أن يحضر هذا الحفيد في الجلسة، قررنا أن تكون جلسة الإرشاد في السجن المحلي. اتصلنا بالعديد من أفراد الأسرة، ووافقوا على أن يلتقوا معنا هناك.

بدأنا الجلسة بسؤال السيدة بالحديث عن مشاعرها. بدأت السيدة في الصراخ وقالت بأنها حزينة، حيث ترى أن أحفادها لا يهتمون بها، وكل ما يريدونه هو استغلالها، واستخدام سياراتها. وقالت أنهم لا يحترمونها ولا يراعون مشاعرها. سألت أفراد الأسرة عن رأيهم فيما تقوله الجدة. الحفيدان اللذان أتلفا السيارات كان يدافعان عن نفسيهما. بعد استكشاف هذه المشاعر استطاعا التلفظ ببعض العبارات التي تعبر عن همّ واضح.

ذكرتُ أن الكل وقع في أخطاء، ولديهم الفرصة لتعديل الأوضاع. وافق أفراد الأسرة على ذلك. استكشفت أنا والمساعد الطرق التي أسهم من خلالها كل فرد من أفراد الأسرة في المشكلة الحالية، وما يمكنهم أن يقدموا من مساعدة. مع شئ من التشجيع المستمر، استطاع كل فرد منهم عمل خطة للتعديل.

في نهاية الجلسة، طلبت من أفراد الأسرة التعبير عن مدى تأثير الجلسة فيهم، وما الذي يمكنهم القيام به لمساعدة الأسرة، وحددت مهم موعداً لألتقي بهم جميعاً بعد أسبوعين في منزل الجدة. أنهينا الجلسة وشكرنا أفراد الأسرة وسلّم كل منهم على الآخر. صافح أفراد الأسرة بعضهم البعض الآخر، واحتضنوا بعضهم البعض الآخر.

بعد ذلك تحدثنا مع الجدة على إنفراد، واستكشفنا مشاعرها. قالت الجدة بأنها شعرت بالارتياح، ولكنها مازالت تشعر بالمسؤولية تجاه سلوك الأسرة. عند هذه النقطة ناقشنا في الأخطاء الرئيسية التي حددناها سلفاً استخدمنا العديد من الإجراءات لإعادة توجيه الجدة من أخطاءها الرئيسية على سبيل المثال، قرأنا الجزء عن الأطفال من " النبي " لجبران خليل جبران (Gibran, 1965)، حيث ساعدها ذلك على إدراك أنها ليست مسؤولية عن أحفادها، فمهمتها تتمثل في توجيههم وتقديم الحب، وتتركهم وشأنهم – يحلقون بحرية في تحديات الحياة، بدأت السيدة تدرك أنها إذ لم تتركهم وشأنهم، فلن تتاح لهم الفرصة لأن يكونوا أفراداً مسؤولين. لقد كانت استجابة السيدة للقراءة من : " النبي " إيجابية وطلبت نسخة من الكتاب. أعرتها كتابي حتى تشتري نسخة لنفسها. ثم غادرت المكان في صحبة ابنتها.

بعد جلسة الإرشاد النفسي الماراثوني، قدمت أنا والمساعد خدمات الإرشاد النفسي للأسرة خلال فترة 18 شهراً. أصبحت الجدة في النهاية قادرة على التخلي عن مشاعر المسؤولية عن سلوك أحفادها. ذهبت علامات الاكتئاب منها بعد شهر. تعرّض الحفيدان اللذان أتلفا السيارات إلى بعض المحاكمات القانونية البسيطة أثناء فترة الإرشاد النفسي. ومع ذلك على الجانب الإيجابي، لم يتلفا أي سيارة أثناء هذه الفترة.

الاتجاهات ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية في الإرشاد الأسري

Postmodern/ Social Constructionist Trends in Family Counseling

اتجاه ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية مرتبط بالاتجاهات الحديثة في العلاج الأسري (Bitter & Corey, 1996). كما أوضحنا من قبل، فإن البنائية الاجتماعية تعترف بالوقائع المتعددة التي تظهر في لغات الثقافات المختلفة، والقصص التي يكتبها ويتقمصها الأفراد في هذه الثقافات. لذا فإن البنائية الاجتماعية تتوازى مع نظرية ما بعد المعاصرة، التي تعترف بالواقع الشخصي بناءً على سياق عملية الملاحظة المستخدمة. لذلك، فإن اتجاه البنائية الاجتماعية مفيد على وجه الخصوص – في وضع قضايا التنوع (مثل الجنس، المساواة بين الجنسين والثقافية) في الإرشاد الأسري.

عملية الإرشاد (من منظور ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية) شبيهة بالطريقة الاستكشافية للبحوث النوعية حيث يدخل المرشد النفسي العلاقة بدون أفكار مسبقة عما يجب أن يحدث، أو لا يحدث في العلاج ولكن بدلاً من ذلك يحاول أن يكتشف مع المسترشدون ما هو مهم من وجهة نظرهم الذاتية. وفي هذه العملية، يتم تشجيع الأسر على الإنخراط في محادثات تستكشف المعاني التي يقدمها أفراد الأسرة عن مشكلاتهم (Goldenberg & Goldenberg,2004) وفي هذه العملية " يُنظر إلى الخبرات الماضية على أنها معينة، وليست مصدراً للحقيقة الشخصية ولكن مصدر لتحديد وفهم اللغة، والافتراضات، ووجهات النظر لدى المسترشدون" (Giblin & Chan, 1995 p. 326) العلاقة الإرشادية علاقة تشاركية تعزز المساعدة لدى المسترشدون. تتباين الأهداف والإجراءات وفقاً لحاجات المسترشدون والاتجاه النظري للمرشدين النفسين ولكن تركز على مساعدة الأسر على خلق قصص توسّع من نظرتهم وآرائهم، ويمكن أن تجلب معنى جديد للحياة الأسرية (Bitter & Carey, 1996) "يُدعى المسترشدون إلى عملية تأملية، والهدف هو الوصول إلى معانٍ جديدة من أجل سلوكيات بديلة" (Giblin & Chan , 1995 ,p 326).

يحدد بيتر وكوري (1996) اتجاهات ما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية التالية للإرشاد الأسري:

– الفريق التأملي: يمكن إثراء العلاج الأسري من خلال الحوارات التي تنشأ بين الأسر والمتخصصين الذين يلاحظون ويجهّزون الجلسة الإرشادية الأسرية (Tom Andersen, 1991,

1992) العملية والهدف الإجمالي لمنهج الفريق التأملي هو مساعدة الأسر على خلق قصص حياتية جديدة من خلال الحوار والتأمل. يمكن للمرشد النفسي وأفراد الأسرة -معاً- التأمل في قضايا معينة عندما يلتقي أفراد الأسرة مع بعضهم مع بعضاً، ومن ثم، فإن الحوار الناتج من هذا يمكن أن يخلق قصص جديدة تعزز الأمل والتشجيع للأسرة.

- المنهج اللغوي: الباحثون الرئيسيون الذين لهم صلة بالمنهج اللغوي للإرشاد الأسري هم هارلين أنيدرسون، وهارولد جوليشيان (1992) فهما على قناعة بأن الروايات تظهر نتيجة التفاعل الاجتماعي مع الوقت، وطبيعة الرواية ترتبط بالمعنى الذي يتم اختباره في الحياة.

ينطوى المنهج اللغوى على مساعدة الأسر على استكشاف تطوّر القصص التى تميز حياة الأسرة. على سبيل المثال، قصص الخلل الوظيفي يمكن أن تظهر من الروايات التى يتقاسمها أفراد الأسرة، والتى تُنقل من جيل إلى آخر (مثلاً : السود لا يثقون بالبيض، والعكس) يمكن أن تستخدم الأسر هذه التبصرات للمساعدة في التغلب على عناصر الخلل الوظيفي في رواياتهم (مثل النمطية، والتحيّز)، ثم إبداع قصص وظيفية أكثر معنى مغزى.

- المنهج الروائي: يرتبط المنهج الروائي بمايكل رايت وديفيد إيبستون (1990)، والأعمال الأولى لمايكل فاوكولت (1980) ويشير هذا المنهج إلى أن الروايات إنعكاس للثقافة السائدة، ولذا لابد من تحديها لضمان أنها حساسة لقضايا التنوع، مثل الجنس، التوجّه الجنسي، والثقافة. والعملية والهدف من المنهج الروائي يتمثلان في مساعدة الأسر على إعادة سرد الروايات المحبطة (من الثقافة السائدة)، وإعادة بناء روايات مشجعة أكثر معنى يشجع المنهج الروائي الأسر على التشكك في الفرضيات التى تقوم عليها رواياتهم من حيث التأثير القوى في المجتمع المسيطر.
- العلاج النفسي الموجّه بالحل: من بين بعض الأفراد الذين اسهموا في العلاج النفسي الموجّه بالحل سيتفادى شازر (1991)، ويليام أوهانلون وميشيل وينر-ديفيد (1989) يمكن استخدام المنهج الموجّه بالحل عبر كل مجالات الإرشاد النفسي، من الإرشاد الفردي إلى الجمعي، إلى الأسري والزواجي. يشير هذا المنهج إلى أنه من المهم بل من المفيد أيضاً التركيز على الحلول والقدرات بدلاً من المشكلات ومناحى الضعف، ويمكن مساعدة الأسر في ايجاد روايات تعكس الايجابية، ومن أمثلة ذلك الإرشاد الأسري الأدلري / الدريكورسي، والذي يتعلم فيه الوالدين استخدام التشجيع لتعزيز فعالية الذات لدى أطفالهما، واستخدام النتائج للتغلب على المشكلات التنظيمية وذلك من خلال تعزيز الاختيار والمسؤولية.
- العلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين : قام كل من كارولين آنس (1993) إندارولينجس (1993)، جوديت آفيز (1986)، وغيرهم بتحديد القضايا الرئيسية المرتبطة بالعلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين وكما هو مطبّق في الإرشاد الأسري، يشير العلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين إلى أن النظام الأسري نظام يهيمن عليه الرجال هذه الهيمنة الذكرية توجد حتى

عندما يغيب الأب عن الأسرة. من منظور العلاج الأسري بالمساواة، فإن سيطرة الرجل وهيمنته يبقى عليهما النظام الأبوي العام، ويتمثل في المنظمات الحكومية الرعاية، وبرامج المساعدة الأسرية الأخرى. الروايات التى يسيطر عليها الذكور سرمدية بطرق عديدة - من خلال البحوث، وحتى النظريات التى تصف الحياة الأسرية العادية والنمو الإنساني. تقدم الأعمال الأساسية الأولية لكارول جيليجان (1982) عن النمو الأخلاقي للسيدات مثالاً على كيفية تجاهل البحوث ذات الهيمنة الذكرية الفروق الجنسية في النمو والتنمية الإنسانية.

الهدف الرئيسي للعلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين يتمثل في مساعدة النظم الأسرية في التغلب على القوى القمعية القهرية، وتعزيز الاحترام المتبادل، والمساواة، والحساسية الجنسية بين الجنسين. بعض أهداف العلاج النفسي تشتمل على تقويض الروايات ذات الهيمنة الأبوية وإعادة بناء روايات تعترف بالفروق الجنسية والحاجات الخاصة للسيدات في كل مناحي الحياة، ومساعدة النساء داخل سياق الأسر، التي تقيّم ما هم أنثوي، وتعزز الاتجاه الايجابي نحو النساء.

العملية الإرشادية The Counseling Process

تتباين العملية الإرشادية وفقاً للتوجّه النظري للمرشد. ومع ذلك، هناك قواسم مشتركة بين مداخل الإرشاد الأسري، بغض النظر عن الاتجاه النظري، بعضها - كما حددها فريد لاندر & هيجلين (1984)، وفريد لاندر ورفاقه (1985) فريدلاندر وتوسون (2000) هي أن المرشدين النفسين في مجال الإرشاد الأسري :

- يرون أن النظم الفرعية الزوجية هي الأكثر ضغوطاً.
- يصنّفون أنفسهم مع السلسلة الهرمية المنجزة للأسرة، التي يكون فيها التفاعل مع الوالدين ومع الأطفال.
- يركزون على الأسرة النووية خصوصاً النظم الفرعية الوالدية.
- يتجنبون المواجهة المباشرة مع أفراد الأسرة، ويفضلون توجيه الرسائل لأفراد الأسرة الآخرين (مثل سؤال الزوجة عن سبب خوف الزوج منها).
- ينخرطون بشكل نشط في العمليات التفسيرية والتعليمية.
- يحاولون تحقيق الاندماج العلاجي مع الأسرة، بان يُنظر إليهم على أنهم يتصفون بالوّد، والثقة، ولديهم أهداف واضحة بالإضافة إلى ذلك، وجد هؤلاء الباحثون أن المرشدون النفسيين في مجال الإرشاد الأسري يميلون -قليلاً- إلى المستقبل، يؤكد الوالدان على القضايا الحالية، ويميل الأطفال إلى الارتباط بالقضايا الحالية فيما يتعلق بالعلاقات مع الأخوة. هناك اهتمام بتنمية نماذج تكاملية للإرشاد الأسري يمكن أن تستجيب لأنواع مختلفة من الناس (Goldenberg & Goldenberg,2004) اقترح لابات (1986) النموذج التكاملي التالي ذا المراحل الأربعة للإرشاد الأسري:

- المرحلة الأولى: التقليل من الضغوط: المهام المرتبطة بهذه المرحلة تحقق علاقة إيجابية، وتقلل من الضغوط والصراع، وتحل الأزمة الموجودة إذا لزم الأمر، وتقلل من السلوك العرضي إلى مستوى يمكن تحمله.
- المرحلة الثانية: التدريب والتعليم: تنطوي هذه المرحلة على مساعدة الأسرة في تعلم المهارات اللازمة للأداء بفعالية. يستخدم المرشدون النفسيون - بشكل متكرر - الواجب المنزلي أثناء هذه المرحلة حتى يمكن لأفراد الأسرة ممارسة المهارات التي يتعلمونها.
- المرحلة الثالثة: قضية الإنهاء: أثناء هذه المرحلة،تُعطى الأسرة الفرصة للتعامل مع القضايا التى لم يتم حلها مثل التعامل بفعالية مع العلاقة الجنسية غير الشرعية. عندما يتم حل كل القضايا، يساعد المرشد النفسي الأسرة في الانتقال نحو إنهاء العملية الإرشادية.
- المرحلة الرابعة: المتابعة: تنطوي المتابعة على تحديد فعالية الإرشاد النفسي وتسمح بإرشاد آخر إذا دعت الضرورة لذلك.

قضايا التنوع في الإرشاد الأسري والزواجي

DIVERSITY ISSUES IN MARRIAGE AND FAMILY COUNSELING

قضايا التنوع هامة في كل مظاهر الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد الأسري والزواجي (Hayes, 1996, paniogua,1996) المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الأسري والزواجي لابد أن يكونوا حساسين لقضايا التنوع المتعددة - الجنس، والثقافة، والسن، والتوجّه الجنسي، والحالة الاجتماعية الاقتصادية حتى يكونوا فعاّلين في عملهم وممارساتهم - يذكر هايز (1996) أن كتاب روثينبرج (1995) عن السلالة، والطبقة، والجنس قد يكون مفيداً - على وجه الخصوص للمرشدين في الإرشاد الأسري والزواجي. هذا الكتاب فيه العديد من الروايات الشخصية التى تصور صراعات الأسر مع قضايا مثل العنصرية، والاضطهاد والجنس. كما أشار أيضاً إلى أن نظرية ليندا جيمس مايرز (1988) قد تعين المعالجين في مجال العلاج الأسري في التغلب على الاضطهاد من خلال المعرفة الذاتية، وتنمية الهوية الإيجابية.

كما ذكرنا من قبل، فإن الإرشاد بالمساواة بين الجنسين لدية الكثير ليقدمه في الإرشاد الأسري والزواجي. يصف جيبابن وتشان (1995) العديد من الموضوعات المألوفة في أدبيات العلاج النفسي بالمساواة التي قد تكون وثيقة الصلة بالمرشدين النفسيين في مجال الإرشاد الأسري والزواجي، بعض هذه الموضوعات هى: توصيل الاحترام، تأييد المشاعر، وتأييد التغيير السياسي والاجتماعي للتغلب على الاضطهاد، وتعزيز المساواة الاجتماعية على القوة، والتحكم، والسيطرة، فهم السلوك سياقياً الوعي بالارتباط العلائقي ذى الصلة ، أن يكون الفرد إنساناً، وتعزيز التعاطف، والاشتراك المتبادل والتفويض المتبادل.

يحدد جونسون (1995) عشرة آليات مرنة للاستخدام مع الأسر متعددة الثقافات، يعرّف جونسون المرونة الأسرية بأنها أسلوب تجدد فيه الأسرة نفسها كل يوم، وتبقى على الاتزان، والشعور بالهوية كنظام معيشي فريد. ترتبط المرونة أيضاً بقدرة أفراد الأسرة على مجابهة المشكلات اليومية بدون تعريض قيمهم الأخلاقية والثقافية للشبهة. يمكن تلخيص آلية المرونة كما يلي : الأسرة هي "سفينة نوح والتي تحمي أفرادها من عواصف المحنة؟ وتوفر لهم الأمن والملجأ. هذه الأسر تستفيد من نظم الدعم المتعددة التي تشتمل على الروحانية، التعرف على ما يريد كبار الأسرة أو المجتمع تقديمه، ودور الأسرة في الحياة الأسرية اليومية، تشتمل الخصائص الأخرى للمرونة على استخدام اللغة الأم، قيمة عالية في تواصل الأسرة، الابتعاد عن العنصرية والتأثيرات العكسية للهجرة، ودعم المرونة الفردية لكل فرد من أفراد الأسرة.

يقدّم بنياجو (1996) مقترحات لدمج المنظور عبر الثقافي في الإرشاد الأسري أولاً، يتباين تعريف الأسرة الممتدة بشكل ملحوظ من ثقافة إلى أخرى. على سبيل المثال، في الثقافات الإسبانية، يمكن أن تشتمل الأسرة الممتدة على أم مشاركة،وأب مشارك بالإضافة إلى معالجين. لذا ينبغي على المرشدين النفسيين أن يجعلوا الأسر تعرّف مفهومهم عن الأسرة الممتدة، وكيف أن أسرهم الممتدة تؤثر على الدور الكلي والوظيفة الكلية للأسرة. ثانياً، المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد الأسري ينبغي عليهم تقييم مستويات التثقيف في الأسرة، إن التناقضات الواضحة في التثقيف بين أفراد الأسرة (مثلاً: بين الأطفال والوالدين أو بين الزوج والزوجة) يمكن أن تحدث خللا وظيفياً أسرياً، ومن ثم ينبغي تحديدها ومخاطبتها إذا لزم الأمر. من المهم الاعتراف بأنه على الرغم من أن الأسرة من أقلية عرقية، قد لا يشعرون بذلك إلا أنهم قد ينسبوا أنفسهم إلى الثقافة السائدة) (Dano, 1993). تم إعداد مقاييس تثقيف عديدة للثقافات المختلفة أنظر الفصل السادس التي يمكن استخدامها لتحديد درجة تثقيف كل فرد من أفراد الأسرة ثالثاً، يذكر بنياجو (1996) بأنه ليس من الضروري للأسرة والمرشد النفسي أن يكونوا من نفس السلالة فمن الضروري بالنسبة للمرشد النفسي أن يكون لدية بعض التناغم من حيث أسلوب الحياة والقيم، وان يكون حساساً للمتغيرات الثقافية في قياس وعلاج الخلل الوظيفي الأسري من المهم أيضاً أن تكون لدى المرشد النفسي المهارات اللازمة لينجح في الإرشاد عبر الثقافي.

يقدم بنياجو (1996) بعض المقترحات فيما يتعلق بما ينبغي على المرشد النفسي ان يوصّله للثقافات المتعددة أثناء الجلسات الأسرية الأولى و ما يتبعها. على سبيل المثال، أثناء الجلسة الأولى، من المهم بالنسبة للمرشدين النفسيين إظهار الخبرة، والمسؤولية مع الأسر الآسيوية، أن يتجنبوا مناقشة سلوك الوالدين الأمريكيين من أصل أفريقي في حضرة الأطفال، أن يستكشفوا مستويات التثقيف، يقدموا النصيحة الدقيقة لكل المجموعات في الجلسات اللاحقة، يمكن أن يركز المرشدون النفسيون على القضايا الأخرى المرتبطة بالمجموعة الثقافية أو كل المجموعات الثقافية، مثل أن يكونوا حساسين لشعور الأسرة بالعجز (لكل الأسر ولكن على وجه الخصوص الأمريكان من أصل أفريقي)، أن يشخصوا الجلسة من خلال استخدام الأسماء الأولى والتصافح بالأيدي (الأسر الأسبانية).

يدافع براون (1997) عن استخدام الاتجاه عبر الثقافي في الاستشارة مع الوالدين على تحسين العلاقات بين الوالد - الطفل، وتدعيم التطور الأمثل لدى الوالدين على تحسين العلاقات بين الوالد - الطفل، وتدعيم النمو الأمثل لدى الأطفال، يري براون (1997) أن المستشارين في مجال الاستشارة الوالدية عبر الثقافة " لديهم وعي بقيمهم وتحيزاتهم الشخصية، ولديهم تعاطف ثقافي لمنهجهم إلى الاستشاري" (p.29) في دراستهم عن التحيزات الممكنة المرتبطة بإدراك الأداء الأسري عبر الثقافي، وجد جوشو ورفاقه (2008) أن المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد الأسري (البيض) يرون الأسر اللاتينية أكثر صحة من الأسر (لبيض) (ربما يرجع ذلك إلى أن اللاتينيين يؤكدون على صحة الأسرة أكثر من الأسر البيض)، كما وجدت الدراسة أيضاً أن النمطية التى تتعلق بالأداء الأسري تتوسطها المعرفة والوعى بالإرشاد النفسي متعدد الثقافات.

تقييم الإرشاد الأسري والزواجي

EVALUATION OF MARRIAGE AND FAMILY COUNSELING

بين عام 1970 وعام 1990، تم إجراء على الأقل 20 مراجعة للأدبيات انطوت على تحليل ما يقرب من 300 دراسة عن الإرشاد الأسري والزواجي (Raffa et al., 1990). لسوء الحظ، إن الأخطاء المنهجية في العديد من الدراسات التى تم مراجعتها تدعو إلى الشك في فعالية الإرشاد الأسري والزواجي. بعض المشكلات المنهجية تشتمل على ما يلي : معلومات غير كافية تتعلق باستراتجيات التدخل (Bednar et al ., 1988)، قلة دراسة الضبط، التصميم البحثى غير الكافي، استخدام أدوات قياس مشكوك في ثباتها وصدقها، والحاجة إلى إعادة النتائج (Raffa et al ., 1990)، ومع ذلك، فإن البحوث الحديثة واستخدام التحليل البعدي لتحليل الدراسات المتعددة كانا قادرين على مخاطبة هذه المشكلات المنهجية بشكل كاف، وتقديم أدلة واضحة على فعالية الإرشاد الأسري والزواجي (Dunn & Schwebek ,1995 Lebow & Gurman ,1995 ,Shadish et al., 1995) تقدم نتائج التحليل البعدي لـ 163 دراسة عن الإرشاد الأسري والزواجي (62 زواجي، 101 أسري) دعماً واضحاً لفعالية الإرشاد الأسري والزواجي، لا يوجد دليل على تفوق منهج نظري على الإرشاد الفردى ولا يوجد دليل على تفوق الإرشاد الأسري الزواجي على الإرشاد الفردى (Shadish et ak.,1995).

تقييم دن وسكويبل (1995) للإرشاد الزواجي يشير إلى أن إجراء التحليل البعدى للإرشاد الأسري والزواجي يمكن أن يحجب النتائج. هذان الباحثان قيمّا 15 دراسة عن الزواج، ووجدا أن العلاج الزواجي السلوكي، والعلاج الزواجي السلوكى - المعرفي، والعلاج الزواجي الموجّه بالتبصر، ناجح في إحداث تغيرات إيجابية في السلوك المرتبط بالعلاقة بين الزوجين، كما كان العلاج الموجّه بالتبصر هو الأكثر نجاحاً في تعزيز تقييم الزوجين فيما يتعلق بجودة علاقتهما، وكان العلاج الزواجي السلوكي المعرفي الأفضل في الإسهام في المعارف المرتبطة بالعلاقة بعد العلاج لدى الزوجين خلصت مراجعة البحوث (بما في ذلك مراجعة التحليل البعدي) إلى أن هناك زيادة في جودة البحوث عن الإرشاد

الأسـري والزواجـي بين عـام 1985، وعـام 1995 (Lebow& Gurman ,1995). معظم البحوث ركزت على المناهـج السلوكيـة، ولكن بدأت الطرق غير اللفظيـة تلقى اهتمامـاً في الأدبيـات. بالإضافة إلى ذلك، فـإن الإرشـاد الأسـري والإرشـاد الزواجي أصبحـا متكاملين من حيث المناهج النظرية، وفي اعترافهما بصدق المناهج العلاجية المصُممة الموجهة نحو الفرد، الأسرة، والنظم الواسعة، مثل النظم الثقافية، والمجتمعية، والاقتصادية (Lebow& Gurman ,1995).

الخلاصة

مجال الإرشاد الأسـري والزواجي مهنة بارزة وتخصص إرشادي يمارسه العديد من الأفراد في مهنة المساعدة. نظرية النظم، ونموذج دورة الحياة الأسرية أسس نظرية هامة لهذا التخصص.

على الرغم من أن هناك فروقاً نظرية تتعلق بالمفاهيم، والأهداف، والمناهج الإرشادية الأساسية، إلا أن المجال يركز على العلاقة بين أفراد الأسرة والنظام الأسـري ككل وليس على أفراد الأسرة. كما يبـدو أيضـاً أن المجـال له توجّـه نحـو دمج النظريات في مـحـاولة للوفـاء باحـتـيـاجـات الأفـراد المختلفين. تذكر المراجعات الرئيسية للبحوث التي أُجريت على الإرشاد الأسـري والزواجي أن الدراسات الحديثة تقدم تأييداً قوياً لفعالية الإرشاد الأسـري والزواجي.

الاستكشاف الشخصي

1- كيف يمكن لأعمـال جـوتمان عن التنبـؤ بالطلاق أن تكون مـفـيـدة في منع المشكلات بين الشخصية في حياتك ؟

2- ما الذي تراه مهماً في أى عمل زواجي وكيف يمكنك أن تأخذ دوراً نشطاً في هذه العملية؟

3- ما هي خصائص الأداء الأسري السليم، وكيف يمكنك تعزيز هذا في حياة أسرتك ؟

4- ما نوع المرشد النفسي الذي تريد أن تذهب إليه إذا كانت لديك مشكلات أسرية وزوجية ؟

الفصل 11

الإرشاد النفسي للطفل والمراهق

" الصغير ... مليء بالعاطفة التى تبعد الخوف ، ولدية الأمل الذى يلهم الثقة "

- سقراط ، كتاب البلاغة

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم للإرشاد النفسي للطفل والمراهق ، ويشتمل على الموضوعات التالية:

- فن وعلم الإرشاد للطفل والمراهق
- الأطفال والمراهقون من منظور تاريخي
- النظريات النمائية
- النظريات النمائية البارزة (النمو المثالي، نظرية الارتباط، المرونة، والذكاء الوجداني.
- المداخل الخاصة للإرشاد النفسي للطفل والمراهق (العلاج باللعب، حل الصراع والخطوط الإرشادية للإرشاد النفسي للطفل والمراهق)
- المشكلات الخاصة لدى الأطفال والمراهقين (إساءة الطفل وإهماله، الاكتئاب، والسلوك المعادي للمجتمع)
- قضايا التنوع وما بعد المعاصرة فى الإرشاد النفسي للطفل والمراهق

الإرشاد النفسي للطفل والمراهق تخصص مستجد ضمن مهنة الإرشاد النفسي، حيث تحدث بعض التطورات الواعدة في الإرشاد النفسي وعلم النفس في هذا المجال، وتظهر هذه التطورات في فهمنا وعلاجنا للمشكلات الشائعة التي يمر بها الأطفال والمراهقون، ربما في ذلك إساءة الطفل وإهماله، الاكتئاب لدى الطفل والمراهق، والسلوك المعادي للمجتمع. في هذا الفصل، نقدم المعلومات عن هذه المشكلات بالإضافة إلى القضايا العلاجية والمفاهيمية الأخرى.

فن وعلم الإرشاد النفسي للطفل والمراهق

THE ART AND SCIENCE OF CHILD AND ADOLESCENT COUNSELING

يعتبر الإرشاد النفسي للطفل والمراهق – مثله مثل كل جوانب الإرشاد النفسي الأخرى -فن وعلم. التحدي عند العمل مع الأطفال يتمثل في إيجاد طرق للتواصل لا تتقيد باللغة أو بالنمو المعرفي.

بينما عند العمل مع المراهقين، يكون التحدي على والارتقاء إلى خطوط التواصل المنفتحة. والإبقاء على الثقة إن الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها لتتخطى هذه العقبات تشتمل على العلاج النفسي باللعب، الصراع، تعليم الوالدين، العلاج النفسي الأسري، الاستشارة مع المعلمين، والوالدين والمناهج البيئية الإيكولوجية الموجهّة نحو تعزيز عالم الأطفال والمراهقين. أحد الطرق لصياغة مفاهيم الإرشاد النفسي للطفل والمراهق هي " الوصول إلى الداخل، والوصول إلى الخارج (Nys-tul,1986)، بمعنى، أن يحاول المرشد النفسي النظر إلى الإطار المرجعى الداخلي للطفل والمراهق (العالم المنطقي بالنسبة للطفل والمراهق، والذى يشعرون فيه بالأمان). وعندما تحقق الثقة والاحترام، فإن الطفل أو المراهق يشعر بالتشجيع للوصول إلى عالم الآخرين. فقد ينتقل، على سبيل المثال، نحو الأنشطة الموجهّة بالنجاح وليس الأنشطة الموجهّة بالفشل، وذلك في المدرسة. وخلال هذه العملية، فإن على المرشد النفسي أن يوصل عدداً من المشاعر مثل الرعاية والتعاطف وربما حتى الغضب لتقديم والدعم الوجداني اللازم للنمو الأفضل.

أما علم الإرشاد النفسي للطفل والمراهق، فله أصول في النظرية النمائية، والبحوث، والممارسة النمائية، والتى تعترف بان الإرشاد النفسي عبر الحياة لابد أن يكون على علم بالمظاهر الفيزيقية، والمعرفية، والاجتماعية – النفسية للنمو، وتأثيرها على العملية الإرشادية من المنظور النمائى، فإن الأطفال والمراهقين بحاجة إلى مساعدة في اكتساب مهارات المواجهة الضرورية لإتقان المهام المختلفة اللازمة للتوجه نحو نموهم. يمكن أن توجّه الاستراتيجيات الإرشادية نحو مساعدة الأطفال والمراهقين في اكتساب مهارات المواجهة هذه، وذلك من خلال تعزيز المرونة، علاقات الارتباط الموجبة، الذكاء العقلى والوجداني، والخصائص الأخرى التي تعزز النمو الأمثل. كما تنبغى مخاطبة البحوث الحديثة عن قضايا التنوع وما بعد المعاصرة عند صياغة الإستراتيجيات الإرشادية مع الأطفال والمراهقين.

الأطفال والمراهقين من منظور تاريخي

CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM A HISTORICAL PERSPECTIVE

الأطفال Children

في الماضى، كان ينظر إلى الأطفال على أنهم صور مصغرة للكبار، كانوا يجبرون على العمل جنباً إلى جنب مع الكبار في الميادين والمصانع، ويحاربون في المعارك والحروب. لم يكن للأطفال أى امتيازات، كما لم يكن هناك قانون عمل يحميهم، ولم يكن لهم أى مميزات في التعليم الرسمى فهم كانوا "يُرون، ولا يُسمع لهم"، ويستخدموا بأى طريقة يراها الوالدان (Levine & Salle, 1992). كما كان الأطفال محظوظين ليبقوا على قيد الحياة حتى يصبحوا كباراً. حتى القرن التاسع عشر، كان للوالدين الحق في قتل الطفل حديث الولادة المشوّه خلقياً، والمريض، والمتخلف، أو حتى المخنث (Rab-bill ,1980). وحتى لو بقى الأطفال على قيد الحياة رغم كل ذلك، فإنهم قد يموتون من مرض أو

حـادث في عـام 1600، كـان 59% من الأطفـال يموتون دون سن الخـامـسـة، 64% يموتون دون سن العاشرة (Levine & Sallee ,1992).

ذكر ليفين وسالى (1992) الأحداث التالية على أنها قد أسهمت في الاعتراف بالطفولة كمرحلة مميزة للنمو. في عام 1744، نشر بستالوزى أول سجل علمى لنمو طفل. وفى أواخر القرن التاسع عشر، تم نشر كتابين، كانا بمثابة نموذجين للمناهج التجريبية والملاحظة لتحليل نمو الطفل : المخطط السيرى لطفل في عام 1877 لتشارلز دارون، وعقل طفلٍ في عام 1892 لوهليم براير. وفى أواخر القرن التاسع عشر، درس جى ستانلى هول – من جامعة كلارك – القدرات العقلية والجسمية للأطفال.

ثم في بداية عام 1900، تم تأسيس عيادات إرشاد الأطفال لتقديم الخدمات الإرشادية والتوجيهية للأطفال. وفى عام 1910، تم نشر اختبار ستانفورد – بنيه للذكاء، وفى عام 1917، أجرى جون بى واطسون تجاربه المشهورة "ألبرت الصغير" التي أوضحت أن الطفل يمكن أن يصرخ عند رؤية شئ له فرو. على الرغم من أن الطفولة قد قطعت طريقاً طويلاً من عصور الماضى المظلمة،إلا انه زال هناك علامات على أن الطفولة ليست سهلة، حيث يواجه الأطفال بمدى واسع من الظروف الاجتماعية – الاقتصادية التي لها تأثير عكسى على نموهم (Wagner,1994) – على سبيل المثال 25% من الأطفال دون الخامسة يعيشون تحت خط الفقر، وقد ازداد عدد الأطفال الذين يعيشون في بيوت مع والد واحد من 4% إلى 25%بين عام 1950 وعام 1988 (Wagner ,1994).

قد يقضى الوالدان وقتاً طويلاً في العمل، وبالتالى يقل التواصل مع الأطفال (لجنة التنمية الاقتصادية، 1991) هذا الفراغ الذي أحدثه عدم مشاركة الوالدين في تربية الأطفال نظراً لبقائهما لفترة طويلة في العمل – تم شغله بأنشطة سلبية عديدة، تشتمل على مشاهدة التلفاز، حيث برامج الجنس والعنف (يشاهد الأطفال من سن 4-3 سنوات متوسط ساعتين أو أكثر يومياً) (Sroufe & Cooper ,1996)، ويهربون إلى إساءة استخدام المواد، ومحاولة اشباع الحاجات الأساسية من الحب، والانتماء، وتقدير الذات من خلال الاشتراك في العصابات (الشللية).

المراهق Adolescent

قبل القرن العشرين لم تكن المراهقة تعتبر مرحلة مستقلة من مراحل النمو (Sroufe &Cooper ,1996)،. قبل ذلك الوقت (وفى بعض الدول غير النامية اليوم)، البلوغ هو الذي يعطى علامة للانتقال من الطفولة إلى الشباب. لقد كان جى ستانلى هول (1904) من أوائل من اعترفوا بالمراهقة كمرحلة مميزة للنمو، تلك المرحلة التي وصفها بأنها مرحلة الصراع الناتج عن التغيرات الجسمية الشديدة والسريعة الحادثة مع بداية البلوغ.

هذا التشخيص الذي وضعه هول عدّلته وجهات النظر المعاصرة عن المراهقة، التي رأت أن المراهقة ليست فترة "العواصف والضغوط" ولكنها فترة النمو السليم الصحى (Sroufe & Cooper

(1996, Wagner ,1996., تشير التقديرات الحديثة إلى أن (80%) من المراهقين ينجحون بشكل جيد في الأداء النفسي الاجمالى، والمتبقون (20%) لديهم صعوبات سلوكية تحتاج إلى بعض أشكال التدخل الإكلينيكي (Weiner ,1992). تحديداً يمر 20% بمرحلة المراهقة بدون وجود اضطرابات عقلية 20% لديهم اضطرابات عقلية، و60% المتبقون لديهم مشكلات نفسية طفيفة لا تتداخل مع أداءهم اليومى (Weiner,1992). على الرغم من أن المراهقة ليست مرحلة العواصف كما وصفها هول إلا أن الأدلة تشير إلى أنها فترة التعرّض للمشكلات التي تؤثر عكسياً على النمو السليم مثل إساءة المواد، حمل السفاح، الاكتئاب، والعنف (Takanishi ,1993 , Wagner 1996) . ما يقرب من 25% من المراهقين الأمريكان يواجهون مخاطر عظيمة 25 ٪ يواجهون مخاطر متوسطة لمشكلات تتعلق بالصحة والسلامة – المشكلات التي يبدو أنها تنمو بمعدلات سريعة (Takanishi,1993) .

على سبيل المثال، كثير من الأطفال والمراهقين الأمريكان يمرون بتجريب تناول الكحول والعقاقير غير القانونية أكثر من الماضى، وفى سن مبكرة (15 عاماً)، يؤثر الاكتئاب على ما نسبته 7% إلى 33 ٪ من المراهقين، تضاعفت معدلات الانتحار ما بين عام 1968 و 1985 للأطفال من سن 14-10 سنة، وتضاعفت اثناء هذه الفترة بالنسبة للمراهقين من سن 19-15 سنة، كما تزايدت معدلات القتل خصوصاً للذكور الأمريكان من أصل أفريقي بين 19-15 سنة، بزيادة قدرها 11% من بين عام 1985، وعام 1990 ومعدلات الحمل ارتفعت 23% ما بين عام 1973، وعام 1987 لمن هم في سن 14-10 سنة (Takanishi,1993) – مع كل التحديات التي تواجه المراهقين، ليس بمستغرب إحياء الاهتمام بالارشاد النفسي في مجال الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين (انظر على سبيل المثال، الأعداد الخاصة عن المراهقة في مجلتى: الأخصائي النفسي الأمريكي المجلد 48، العدد الثانى 1993، أخصائي الإرشاد النفسي، المجلد 48، العدد الثالث 1996)

مع ما يقرب من 12 ٪ من الأفراد دون سن 18 عاماً لديهم اضطراب سلوكي وانفعالي خطير، والقليل منهم من يتلقى خدمات صحة عقلية كافية، يشير كولينز وكولينز (1994) إلى أن نظام تقديم خدمات الصحة النفسية الحالي للأطفال والمراهقين غير كافٍ، ومن الضرورى تنمية نظام للرعاية يقوم على المجتمع المحلى. هذا النظام لا بد أن يكون مراعياً لعلاقة الفرد ببيئته، بمعنى أن تكون هناك محاولة موحدة من كل منظمات المجتمع ووكالاته لتعزيز القدرات الأسرية والنمو الأمثل.

نظريات النمو DEVELOPMENTAL THEORIES

إن إرشاد الأطفال والمراهقين مختلف تماماً عن العمل مع الكبار. على عكس الكبار، فإن الأطفال والمراهقين يخضعون لتغيرات ثابتة في قدراتهم الجسمية، والمعرفية، والنفسية – الاجتماعية. لذا، من المهم العمل مع الأطفال من منظور نمائى. هذا الجزء يقدم استعراضاً للنظريات النمائية بالنمو

المعرفي، الأخلاقي والنفسي – الاجتماعي، بالإضافة إلى القضايا التي تتعلق بعلم أسباب الأمراض النفسية. والنظريات الكلاسيكية للشخصية (التي يوضحها جدول 23) يمكن الرجوع إلى ستيرن وينولاند (1994)، وفيرنون (1995) للوصف التفصيلي للخصائص النمائية (الجسمية، والمعرفية، والوجدانية – الاجتماعية)، والاستراتيجيات الإرشادية الاستشارية المرتبطة بها في الطفولة المبكرة والمراهقة.

النظريات المعرفية Cognitive theories

حاولت العديد من النظريات تفسير كيفية حدوث النمو المعرفي خلال مراحل العمر المختلفة ((Piaget ,1952,Brunner , 1973). من بين هؤلاء، نظرية جان بياجيه التي لاقت اهتماماً كبيراً في الأدبيات – قسّم بياجيه (1952) النمو المعرفي الى أربعة مراحل مميزة : الحس-حركية (من الميلاد إلى عامين)، ما قبل العمليات (من 6-2 سنوات) العمليات الحسية (من 11-7 سنة) والعمليات المجردة (من -12الشباب). وفقاً لبياجيه، فإن النمو المعرفي للأطفال والمراهقين يصبح أكثر تعقيداً كلما تقدموا من مرحلة إلى التي تليها. على سبيل المثال، عادة يكون الأطفال غير قادرين على فهم السبب – التأثير أثناء مرحلة ما قبل العمليات (من 2-6 سنوات)، ولذا، قد تكون مفاهيم مثل الطلاق أو الموت صعبة الفهم بالنسبة لهم، قد يصبحون أكثر حيرة ويلومون أنفسهم. لذلك، المهم بالنسبة للمرشدين النفسيين ان يكونوا على وعي بمستوى النمو المعرفي للطفل والمراهق أثناء العملية الإرشادية.

أيضاً، يمكن أن يلعب النمو المعرفي دوراً هاماً في الكيفية التي يستجيب بها الأطفال للأسئلة. يميل الأسلوب المعرفي للأطفال في سن 7-11 سنة إلى أن يكون حسياً في طبيعته (مرحلة العمليات الحسية). لذا، يميل الأطفال إلى الاستجابة بشكل جيد إلى الأسئلة التي تتطلب معلومات محددة (أسئلة السبر)، مثل "هل تحب المدرسة؟" أما العبارات ذات النهاية المفتوحة مثل: "كيف حالك؟" قد تكون صعبة على الأطفال وغالباً ينتج عنها استجابات محدودة مثل "جيد" أيضاً يقوم المراهقون بالتكون عند مرحلة العمليات المجردة وحيث تصبح لديهم القدرة على التفكير المجرد، الذي يمكّنهم من توليد استجابات قوية للأسئلة ذات النهاية المفتوحة يمكن استخدام معظم مهارات الاستماع الأخرى التي تم مناقشتها والحديث عنها في الفصل الثالث – مع الأطفال والمراهقين (مثلاً التأمل في المشاعر، إعادة الصياغة، التوضيح، المشجعات القليلة، التلخيص، وهكذا).

جدول (23) نظريات النمو

نظريات النمو	المؤسس	المفاهيم الرئيسية	
جان بياجيه، ديفيد الكايند	قسّمت النمو المعرفى إلى أربعة مراحل مميزة : الحس حركية (من الميلاد إلى عامين)، ما قبل العمليات (من7-2 سنوات، العمليات الحسية) من (11-7) سنة العمليات المجردة) بعد سن الحادية عشرة	ينبغى على المرشدين النفسيين تكييف المنهج الإرشادي لمستوى الأداء المعرفى للطفل أو المراهق التضمينات للإرشاد النفسي	النظرية المعرفية
لورانس كوهليرج، كارول جيليجان	حددت ثلاث مستويات للنمو الخلقى تبدأ بنظرية تتمركز حول الذات تتعلق بالأخلاق (يضبط الطفل السلوك من قبيل الخوف من العقاب)	فهم الاستدلال الخلقى يمكن أن يكون مفيداً فى تعزيز الضبط الذاتى	نظرية النمو الخلقى
إريك إريكسون	حددت سبعة مراحل نفسية اجتماعية والمهام النمائية المرتبطة بها (مثلاً من الميلاد إلى العام الأول المهمة الأساسية هى الثقة)	يمكن ان يساعد المرشدون النفسيون المسترشدون على اكتساب مهارات المواجهة اللازمة لإتقان المهام النمائية حتى يتمكنوا من التقدم فى النمو	نظرية النمو النفسى - اجتماعي
آلان كازدين، ماريا كوفاكس وآخرون	دراسة علم أسباب الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق فى سياق عمليات النضج والنمو		أسباب الأمراض النفسية النمائية
سيجموند فرويد، ألفريد أدلر، كارلريتج	نظريات الشخصية التى افترضتها النظريات الكلاسيكية تؤكد على دور خبرات الحياة الأولى فى نمو الطفل والمراهق	تقديم معلومات مفيدة للمرشدين النفسيين لفهم ديناميكيات السلوك قبل البدء فى استخدام الأساليب الإرشادية لتعزيز تغيير السلوك	النظريات الكلاسيكية

وسّع ديفيد إلكانيد (1989) من نظرية بياجيه للنمو المعرفي لتشتمل على معلومات عن النمو المتمركز حول الذات الأنا لدى المراهق. وفقاً لإلكانيد، فإن تفكير المراهق يميل إلى أن يكون متمركزاً حول الذات، أو متمركزاً حول الأنا في طبيعته، ويمكن أن ينتج عنه العديد من الميول التي قد تعيق التواصل والأداء النفسي. على سبيل المثال، نظراً لأن المراهقين يميلون إلى رؤية الأشياء من وجهة نظرهم، فإنهم يميلون إلى مجادلة الآراء المختلفة (خصوصاً آراء الكبار). هناك أيضاً خاصيتين آخريين ترتبطان بالتمركز حول الأنا لدى المراهق وهما : المستمع التخيلي، والخرافة الشخصية. يرتبط المستمع التخيلي بميل المراهق لأن يكون على وعى بذاته. على سبيل المثال، عندما يلعب المراهق التنس، فإنه يعتقد بأن كل العيون متجهة إليه، مما يؤدى إلى نوبات من القهقهة المتكررة والتعبيرات الأخرى عن الارتباك. أما الخرافة الشخصية، فتنطوى على شعور المراهق بأنه منيع، لأنه يعتقد بان ما يفعله خاص به ولن يتسبب في أى ضرر يلحق به.

تشتمل التضمينات الإرشادية للتمركز حول الذات لدى المراهق على الوعى بهذا الميل، وأن حمايته تتمثل في عدم الإفراط في ردة الفعل (مثلاً: الغضب من وجهة نظر المراهق المتمركزة حول الذات). يمكن أيضاً أن يحاول المرشدون النفسيون أن يكونوا صبورين، ويساعدوا المراهقين على اكتشاف قيمة تقدير وجهات النظر المختلفة كوسيلة لتعزيز التواصل. قد يكون الإرشاد الجمعى للمراهقين مفيداً في هذه العملية. قد يرغب المرشدون النفسيون في استخدام القياس الواقعي لمساعدة المراهقين في التغلب على الميل للوعى الذاتى، والشعور بالحصانة، وهذا يمكن أن ينطوى على الدراسة الموضوعية للعديد من الأنشطة لمساعدتهم على تنمية فهم واقعي لنتائج سلوكهم.

نظريات النمو الخلقي Theories of Moral Development

يواجه المرشدون النفسيون عدداً متزايداً من الأطفال والمراهقين يصعب التحكم فيهم، وينخرطون في أفعال متعددة من سوء السلوك (McMahon & Fore hand ,1988). يمكن ان تقدم نظريات النمو الخلقي فهماً أفضل عن الأطفال والمراهقين الذين يسؤ سلوكهم من حيث تبريراتهم الأخلاقية.

طّور بياجيه (1965)، ومن بعده لورنس كولبيرج (1963 ، 1973 ، 1981) نظريات النمو الخلقي، مع نظرية كولبيرج التي تقوم على أعمال بياجيه وهى الأكثر قبولاًفى الأدبيات. في نظرية كولبيرج، ينقسم النمو الخلقي إلى ثلاث مستويات، لكل مستوى مرحلتان. هذه المستويات والمراحل تسلسلية، تتطلب من الفرد أن ينتقل بينها، في كل مرة مرحلة واحدة دون تجاوزها.

وفقاً لكولبيرج، فإن الأطفال أصحاب الأداء المستوى الأول لديهم وجهه نظر متمركزة حول الأنا تتعلق بالخلق. فهم يتحكمون في سلوكهم من قبيل الخوف من العقاب. أما الأفراد عند المستوى الثانى من النمو الأخلاقي، فيتحكمون في سلوكهم، ويلتزمون بالقوانين من قبيل القلق بشأن الكيفية التي

يراهم بها الآخرون، والكيفية التي يرون هم بها أنفسهم. أما عند المستوى الثالث، يتحكم الناس في سلوكهم، ويلتزمون بالقوانين على أساس القرار العقلاني ليسهموا في مصلحة المجتمع. الأفراد الذين وصلوا إلى سن الحادية عشرة، أو الثانية عشرة قادرون في الغالب على الأداء عند المستوى الثالث.

تشير كارول جيليجان (1982,1987,1990) إلى أن نظرية كولبيرج لم تأخذ بعين الاعتبار قضايا الجنس المرتبطة بالنمو الأخلاقي. وفقاً لجيليجان (1982,1987) فإن نظرية كولبيرج تقوم – في الأساس – على الطريقة التي يدرك بها الناس الخلق كمجموعة من القيم والمبادئ الأخلاقية التي يمكن تطبيقها على كل المواقف بغض النظر عن السياق الاجتماعي، وتهتم بالمساواة والعدالة. تشير جيليجان إلى أن التفكير الأخلاقي النسائي يهتم برعاية حاجات الآخرين أكثر من المساواة ومرتبط مباشرة بالسياق الاجتماعي في أن المنطق الأخلاقي للفرد يتأثر بالكيفية التي ينظر بها لأشخاص المهمون إلى الفرد.

وصف بار وأوسترفيسكي (1991) كيفية استخدام نظريات النمو الأخلاقي كأدوات لإرشاد المراهقين والأطفال. على سبيل المثال، أسلوب تعديل السلوك مثل التعزيز الرمزي قد يكون مفيداً مع أطفال الصف الأول حيث إن اتخاذ القرار الخلقي لديهم يتأثر بشكل قوي باتباع القواعد والتعليمات، والخوف من العقاب. هذا المنهج قد لا يكون فعالاً مع المراهقين لأنهم قد يكونوا أكثر اهتماماً بالقضايا الاجتماعية مثل كيف يتناغم سلوكهم مع المعايير المتعارف عليها، وكيف يدرك الآخرون أو أقرانهم في المجموعة هذه القرارات يمكن أن يقدم الإرشاد الجمعي للمراهقين بيئة اجتماعية للعمل خلال قضاياهم وتيسير اتخاذ القرارات الأخلاقية.

النظريات النفسية - الاجتماعية Psychosocial Theories

النمو النفسي – الاجتماعي قضية أخرى هامة في الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين حددت نظرية إيرك إريكسون (1963,1968) سبعة مراحل نفسية – اجتماعية من الميلاد إلى الممات، تنطوي كل مرحلة على مهمة معينة لابد من إنجازها قبل الانتقال، المطالب النمائية في المرحلة التي تليها. من الميلاد إلى العام الأول على سبيل المثال، تتمثل المهمة الرئيسية في تجارب الشعور بالثقة مقابل عدم الشعور . فبدون هذه الخبرة، فإن الطفل سوف ينمي توجه عدم الثقة. لكي ينجز الفرد كل مهمة، لابد له من أن يتقن مهارات المواجهة المختلفة المرتبطة بها. ولكي يعززوا النمو الايجابي الاجتماعي – النفسي، يمكن للمرشدين النفسين مساعدة الأطفال والمراهقين على اكتساب مهارات المواجهة هذه (Blocher ,1987, Stern & Newland,1994). يقدم الفصل الرابع عشر وصفاً تفصيلياً لدور المهام النمائية في العملية الإرشادية.

علم الأمراض النفسية النمائية Developmental Psychopathology

حديثاً، حاول مجال الإرشاد النفسي رؤية علم أسباب الأمراض النفسية من منظور نمائي (Bergman & Magnusson,1997,Kazdin,1993,Sroufe,1997,Wakefield ,1997) علم أسباب الأمراض النفسية هو "دراسة الخلل الوظيفي الإكلينيكي في سياق عمليات النضج والنمو" (Kazdin,1989,P.180). يحاول العلم المتعلق الأمراض النفسية النمائية مخاطبة ثلاثة قضايا (أ) كيف يؤثر النمو العضوي ويتوسط الكائن النامي نمو الاضطرابات العقلية (ب) تأثير الاضطرابات العقلية على القدرات المناسبة للعمر الزمني (ج) معرفة ما إذا كانت الاضطرابات العقلية تنمو باستمرار أم في مراحل معينة (Kovacs,1989).

وفقاً لآلان كازون (1989)، فإن التطور الأعظم في علم أسباب الأمراض النفسية النمائية حدث مع نشر الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (الإصدار الثالث)، وبعد ذلك (الإصدار الثالث المنقّح) (الجمعية الامريكية للطب النفسي 1987,1986). يذكر كازون (1989) "أنه مثّل قفزة كميّة في الاهتمام باضطرابات الأطفال الرضع، والأطفال الكبار، والمراهقين (P.183).

يعترف الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية بالتباينات من الطفولة إلى الشباب في طبيعة ومسلك أسباب الأمراض النفسية. على سبيل المثال، يذكر الدليل الإحصائي التشخيصي (الإصدار الرابع) أنه من المألوف بالنسبة للطفل المكتئب ان يمر بمشكلات لا توجد عادةً عند الكبير المكتئب. بعض هذه المشكلات تتمثل في : مشكلات جسيمة أو شكاوى جسمية، الاهتياج الحركي - النفسي، الهلوسات التي تتناغم مع المزاج. كما أن الازدواج المرضي (تشخيصين أو أكثر) شائع أيضاً لدى الأطفال والمراهقين (Sroufe,1997).

هذه التشخيصات المتعددة يمكن أن تحجب المشكلة النفسية، مما يجعل التقييم الدقيق صعباً على سبيل المثال، إذا كان لدى الطفل مشكلة تعاطي المخدرات، واضطراب السلوك العنيد، واضطراب القلق، قد يركز المرشد النفسي على مشكلات المخدرات والعناد، وتفوته مشكلة القلق. هناك تطور ملحوظ في التنمية النظرية، وكم البحوث في مجال أسباب الأمراض النفسية النمائية. فقد تم استكشاف مدى واسع من الموضوعات من بينها : دور البيئة والرعاية (Rutter et al ,1997)، الانتقال ونقاط التحول (Rutter ,1996)، والوجدانيات (Cicchetti et al.,1995).

يشير سيتشيتي ورفاقه (1995) من خلال بحثهم عن دور التنظيم الوجداني في أسباب الأمراض النفسية النمائية إلى ان الوظيفة الرئيسية للتنظيم الوجداني هي استهلال، وتنظيم، ودفع السلوك التكيفي، ومن خلال ذلك تتم الوقاية من الظروف غير العادية والاستجابات الشاذة. ومع ذلك، فإن البحوث الموجهّة على وجه الخصوص - نحو أسباب الأمراض النفسية النمائية لدى المراهقين لم تلق اهتماماً كبيراً. فعلم أسباب الأمراض النفسية النمائية يميل إلى التركيز على الأطفال ويغض النظر

عن المراهقين (Kazdin ,1993) لأن المراهقين ينظر إليهم على أنهم في فترة انتقالية بين الطفولة والكبر. كما أن هذه المرحلة (المراهقة) مرحلة تغيير دائم بسبب التقلب البيولوجي، مما يجعل من الصعب تحديد النماذج الواضحة للصحة العقلية وجهة النظر هذه أصبحت الآن تتغير، حيث إن الخصائص النمائية الفريدة للمراهقة أصبحت يعترف بها، وأصبحت أيضاً مقبولة كمجال هام للبحث العلمي (Kazdin ,1993).

من حيث إحياء عملية التقييم والتشخيص في الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين، فإن التطورات في دراسة أسباب الأمراض النفسية النمائية واعدة. نحن بحاجة إلى مزيد من البحوث لتحديد إلى أى مدى يمكن أن تؤثر المستويات النمائية المختلفة على التعبير عن الأعراض وعلاجها (Kazdin , 1989).

النظرية الكلاسيكية The Classic Theories

يمكن أيضاً أن تقدم النظريات الكلاسيكية للشخصية لسيجموند فرويد، ألفريد أدلر، وكارل ينج (أنظر الفصل السابع) معلومات مفيدة لفهم الأطفال والمراهقين. تؤكد كل هذه النظريات على دور خبرات الحياة الأولى في نمو الطفل والمراهق. يرى فرويد - وهو من أوائل من نظروا إلى مراحل النمو لدى الأطفال والمراهقين - هذه الخبرات من منظور نفسي - جنسي: المراحل - الفمية، الشرجية، القضيبية، ومرحلة الكمون، ومرحلة الأعضاء التناسلية.

وفقاً لنظرية فرويد، فإن التجارب المؤذية أثناء أى مرحلة من هذه المراحل يمكن أن توقف النمو عند هذا المستوى، ويقضى الكبار بقية حياتهم في مرحلة إشباع الحاجات التي لم يتم إشباعها في الطفولة أو المراهقة. على سبيل المثال، إذا لم تكن لدى الأطفال الفرص لإشباع حاجاتهم الفمية، فإنهم -ربما- يحاولون إشباع هذه الحاجات في حياتهم التالية، وفى العملية ينمّون شخصية تتوقف عند المرحلة الفمية. هذا الميل يمكن أن يكون إيجابياً مثل ان يصبح هذا الفرد خطيباً، او سلبياً مثل قضم الأظافر. يقدم آدلر، وزميلة رودولف دريكورس وآخرون من المهتمين بالمدرسة الآدلرية - تبصرات في نمو الطفل والمراهق. فقد طوّروا العديد من المفاهيم النفسية التي يمكن استخدامها لفهم وإرشاد الأطفال والمراهقين، بما في ذلك الترتيب الولادي، والمجموعة الأسرية، وأسلوب الحياة وأهداف سوء السلوك، والتشجيع، واستخدام النتائج كأسلوب تنظيمي.

أما سيكولوجية ينج، فتضيف بعداً قيّماً آخر لمفاهيم نمو الطفل والمراهق. فمفهوم الكلية والتوازن - على سبيل المثال تم دمجه في أشكال العلاج النفسي باللعب عند آدلر، وهذا الشكل سوف نتحدث عنه مؤخراً في هذا الفصل.

الاتجاهات النمائية البارزة Emerging Developmental Trends

هناك تحـوّل رئيسي في التوجه في مجال الإرشاد النفسي من علم الأمراض إلى الصحة، الاعتراف بان مناحى القوة مطلوبة للتغلب على الصعوبات يلعب دوراً رئيسياً في كل جوانب الإرشاد، من الصحة الكلية التي تشير إلى أن المسترشدون ينمون توجه نحو الصحة، إلى الارشاد الموجز المرتكز حول الحل، الذي يشجع المسترشدون على استخدام ما كان مفيداً من قبل للتغلب على الصعوبات الحالية مع هذا التأكد المستمر على مناحي القوة، ليس بمستغرب أن النظريات النمائية ومفاهيم النمو بدأت تركز على مناحي القوة. هذا الجزء يراجع أربعة اتجاهات نمائية بارزة لها اتجاه قوي (النمو المثالي، المرونة، نظرية الارتباط، والذكاء الوجداني). (انظر جدول 24). نظرا إلى أن المرونة، الارتباط الآمن، والذكاء الوجداني جميعها تسهل النمو المثل، فإن هذه الاتجاهات بينها علاقة متبادلة ومتداخلة.

جدول (24) اتجاهات النمو البارزة

نظريات ومفاهيم النمو	المؤسس	المفاهيم الرئيسية	التضمينات للإرشاد النفسي
النمو الأمثل	لا أحد بعينه، ولكن المساهمون هم: كارل روجرز، أبرهام ماسلو، وليام ويجنر	وجهة نظر عن النمو الإنساني تركز على النمو الإيجابي السليم كمقابل لوجهة النظر المرضية عن النمو	النمو الأمثل يمكن أن يساعد المرشدين النفسيين في أخذ اتجاه القوة، من خلال التركيز على ما يمكن أن يفعله الناس وليس ما لا يمكنهم فعله، هذا الاتجاه يعزز التوقعات الإيجابية وتحقيق الذات.
المرونة	لا أحد بعينه ، ولكن إمّى ويرنر ، وبحوثه يتميز به	اتجاه بحثى يحاول تحديد آليات المواجهة التي تعمل كحاجز للضغوط الضارة (السلبية)، ومعوقات النمو.	خصائص المرونة يمكن أن تقدم استجابات دائمة مفيدة للضغوط ، والتي بدورها تعزز النمو الأمثل يمكن أن يعزز المرشدون النفسيون خصائص المرونة فى منهجهم مع المسترشدون.

نظرية التعلق	ماري إينسورث جون باولبي ، وآخرون	دراسة عن العلاقة بين الارتباط الوجداني بين الوالد - الطفل ، والنمو الاجتماعي - النفسي للطفل على مدار الحياة.	إن فهم علاقات الارتباط الحالية والماضية للطفل يمكن أن يقدم استبصار في كيفية التحرك نحو النمو الاجتماعي - النفسي الأمثل.
الذكاء الوجداني	جون ماير ، بيترسالوفي	دراسة الدور الذي تلعبه الوجدانيات في الأداء النفسي	يمكن أن يعزز المرشدون النفسيون الذكاء الوجداني لدى المسترشدون من خلال مساعدتهم على اكتساب فهم أفضل عن كيف تعزز الوجدانيات النمو الأمثل. يمكن للمرشدين النفسيين أيضاً مساعدة المسترشدون على تعزيز ذكاءهم الوجداني من خلال أنشطة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية في مجموعات

النمو الأمثل: تكمن جذور النمو الأمثل في أعمال علماء النفس في مجال علم النفس الإنساني أمثال كارل روجرز (1995) وأبرهام ماسلو (1968)، اللذان افترضا نموذجاً للنمو الإنساني والتنمية الإنسانية يقوم على الميول الوراثية لتحقيق الذات. اعتقد روجرز ان الشخص سوف ينتقل الى تحقيق الذات (النمو الأمثل) إذا تحققت الشروط الصحيحة، أو هُيئت الظروف الصحيحة. حديثاً قدّم واجنر (1996) النمو الأمثل كاتجاه نمائي يؤكد على الصحة أكثر من المرض. يذكر واجنر (1996) أن ما يشكل النمو الأمثل يتباين إلى حد ما سياقياً من حيث الثقافة وغيرها. قام واجنر باسترجاع الأدبيات السابقة لتحديد الكفاءات الجسمية الحيوية، والمعرفية، والنفسية - الاجتماعية التي - فيما يبدو - تميز النمو الأمثل في المراهقة. فيما يلي نقدم موجزاً لنتائج هذه البحوث :

الجسمي - الحيوي: "عندما يصل المراهق إلى سن 18 عاماً، فإنه سوف يكون حيوياً وصحياً، وناضجاً جسمياً، وينخرط في سلوكيات تعزز الصحة، بما في ذلك نظام غذائي مناسب، والتدريبات المنتظمة". (Wagner ,1996,P.364)

المعرفي: "عندما يصل المراهق إلى سن 18 عاماً، فإنه سوف ينخرط في التفكير الفعال، والتفكير الخاص الفرضي عن الطبيعة متعددة الأبعاد، والموجهة بالمستقبل - التي تقوم على خبرات الحياة السابقة، بما في ذلك استكمال أو شبه استكمال 12 عاماً من التعليم الرسمي" .(Wagner ,1996, p368)

الأداء الاجـتـمـاعي - النفـسي: "عندمـا يصل المراهق إلى سن 18 عـامـاً، فإنه يكون على وعي بالوجدانيات، ويشعر بالأمان، والثقة بالنفس، والتفاؤل بشأن المستقبل، ويمتلك المرونة المطلوبة للتغلب على المحن" (Wagner , 1996 ,P.37).

افترض العديد من المؤلفين نموذجاً عن النمو يناسب الشخص - البيئة والذي يمكن استخدامه لفهم كيفية حدوث النمو الأمثل (Chu &Powers ,1995;Eccles ,1993) وفقاً لهذا النموذج، فإن الشخص يتحرك قدماً نحو النمو الأمثل (تحقيق الذات) عندما تكون هناك ملائمة جيدة بين حاجاته والبيئة الاجتماعية. يحدث التزامن عندما تستجيب البيئة الاجتماعية للفرد من حيث تعزيز الذكاء الشخصي، والتصميم الذاتي، واتخاذ القرار بالإضافة إلى ذلك، يلعب التزامن دوراً رئيسياً في تعزيز الكفاءات الهامة لدى الأطفال والمراهقين، مثل الارتباط الاستقلال الذاتي، والكفاءات الاجتماعية (Chu & Powers ,1995). عندما تتقيد الملائمة بين البيئة الاجتماعية والفرد، من الممكن أن يصبح الفرد محبطاً، وتنقصه الدافعية للمشاركة الايجابية (Eccles et al ,1993)، وهذا يمكن أن يؤدي إلى تمزقات في عملية النمو، مثل التمرد المفرط أثناء المراهقة، التسرب المدرسي، وتعاطي المخدرات.

ومن الممكن أن يقدم نموذج الملائمة بين البيئة والفرد تفسيراً محتملاً وممكناً في كون المراهقة المبكرة والمتوسطة إشكالية للمراهقين. متى ذهب المراهق إلى المدرسة في المرحلة الوسطى، فإن الوالدين يميلان إلى إعادة التفاوض بشأن القواعد التي تتعلق بالاستقلالية والضبط (مثلاً: الوقت المسموح به للمراهق أن يسهر خارج البيت) (Chu & Powers ,1995). وفي الوقت نفسه، من المألوف والشائع بالنسبة لمعلمي المدرسة الوسطى ان يضعوا مكافأة عالية للنظام والانضباط. عندما لم يعد المراهق يشعر بالمساعدة، قد يشعر بالإحباط، ونقص الدافع للاشتراك في الحياة المدرسية أو الحياة الأسرية، مما ينتج عنه العديد من المشكلات الخطيرة.

من الممكن تحفيز النمو الأمثل (تحقيق الذات) لدى الأطفال والمراهقين من خلال تنمية القدرات في المرونة، والمواجهة، وحل المشكلات (Van Slyck et al.,1996). البرامج الوقائية التي تركز على حل الصراع تدمج تدخلات فعالة لتعزيز هذه القدرات، خصوصاً بالنسبة للمراهقين حيث إنهم عرضة للمشكلات التي تنشأ من الصراعات مع الآخرين. بعض الخطوط الإرشادية لتعزيز التزامن في علاقات الطفل - الكبير، أو المراهق - الكبير هي الإبقاء على المرونة، والانفتاحية على التغيير، والحساسة والنشاط من حيث التشجيع على حل المشكلات واتخاذ القرارات (Chu & Powers,1993). هذه الخصائص يبدو أنها أيضاً قيّمة في تعزيز القدرات المرتبطة بالنمو الأمثل (تحقيق الذات) لدى الأطفال.

المرونة النفسية (الصلابة النفسية): المرونة النفسية مصطلح استخدم لوصف سبب نمو الأطفال المعرضين للخطر، بينما يتعرض آخرون لتمزقات في النمو، ويمكن تعريف هذا المصطلح بأنه ميل للتغلب على الظروف المعاكسة نتيجة لامتلاك الفرد خصائص ميّسرة للنمو، تعزز الصلابة النفسية المثلى (تحقيق الذات) حاولت البحوث فهم ديناميكيات الصلابة النفسية. ربما تكون الدراسة

الأكثر أهمية ودلالة عن الصلابة النفسية هي تلك الدراسة التي أجراها ويرنر ورفاقه (Wernwe 1992, 1982, Werner & Mith, 1992)، التي حاولت تحديد خصائص الصلابة النفسية لـ 200 طفل في هاواي خلال فترة 32 عاماً. هؤلاء الأطفال كانوا يمرون على الأقل بأربعة عوامل مخاطرة، مثل : الخلل الوظيفي الأسري، تعاطي الوالدين للمخدرات والفقر. الشئ المدهش أن طفل من كل ثلاثة أطفال من هؤلاء قد نما وأصبح شخصاً كبيراً يتصف بالكفاءة، والسعادة والإنتاجية.

وفي استعراض للدراسات عن الصلابة النفسية بلغة خصائص تضميناتها في الإرشاد النفسي والنمو، حدد راك و باتيرسون (1996) بعضاً من هذه الخصائص للصلابة النفسية وهي: مفهوم ذات ايجابي، نظرة متفائلة للمستقبل، مهارات اتصال جيدة ينتج عنها خبرات اجتماعية إيجابية، مهارات حل المشكلات، ومهارات اتخاذ القرارات، شعوراً متنامياً بشكل جيد بالاستقلال الذاتي، ونظم دعم بيئي (داخل أو خارج الأسرة)، وأشخاص آخرون يمكنهم تقديم المراقبة أو الإشراف الكافي. أشارت الدراسة النوعية التي أجراها آدمز (1997)، والتي تنطوي على مقابلة 10 أفراد يبلغون من العمر 85 عاماً – إلى أن الصلابة النفسية ترتبط بمدى واسع من جوانب الصحة (مثلاً: الوجدانية، والجسمية، والروحانية، الاجتماعية، الداخلية).

تطرح بحوث الصلابة النفسية طريقة جديدة بصياغة مفاهيم الإرشاد النفسي والنمو، حيث كشفت عن أن خصائص الصلابة النفسية تعمل كمصدّ لمساعدة الأطفال والمراهقين على مجابهة الضغوط بحيث تمكنهم من التحرك نحو النمو الأمثل (Rak & Patterson, 1996).

من منظور القدرات يمكن أن يعزز المرشدون النفسيون خصائص المرونة لدى مسترشديهم، ومن خلال ذلك يعززون الاستجابات البقائية، ويزيدون من فرص النمو إلى أقصى درجة. فيما يبدو أن مجال بحوث الصلابة النفسية يقدم فرصاً للمرشدين النفسيين للاستفادة من منظور القدرات في الإرشاد النفسي.

نظرية التعلق: نظرية التعلق طوّرها في الأصل ماري إنسورث والزملاء (Ain-sworth et al, 1978)، جون بولبي (1969/1982)، وآخرون كبحث في التعلق الوجداني بين الوالدين والطفل وتضمينات الارتباط للنمو النفسي – الاجتماعي خلال فترة الحياة. ابتكر إنسورث وآخرون (1978) تجربة يطلق عليها الموقف الغريب الذي درس نماذج التعلق لدى الأطفال في عامهم الأول. فيما يلي نقدم استعراضاً لهذه التجربة :

دخلت أم مع طفل لها إلى الحجرة. جلست الأم، وتركت الطفل حراً طليقاً يستكشف الحجرة. دخل غريب إلى الحجرة، وتحدث مع الأم والطفل ثم تركت الأم الطفل مع الغريب، وخرجت من الحجرة. عادت الأم وحيّت الطفل وهدأته، ثم غادر الغريب الحجرة. ثم تركت الأم الطفل وحدة في الحجرة، وغادرت وعاد الغريب إلى الحجرة مرة أخرى. اختتمت الدراسة بعودة الأم مرة أخرى، وخروج الغريب منها بناءً على تجربة الموقف الغريب، تشير إنسورث إلى أن هناك ثلاث نماذج من التعلق : الآمن، المتجنب، القلق. يصف فيلدمان (2008) هذه النماذج الثلاثة من التعلق كما يلي:

التعلق الآمن: يحدث مع معظم الأطفال في أمريكا الشمالية. الأطفال المتعلقون بشكل آمن تربطهم علاقة رعاية خاصة مع مقدم الرعاية، حيث إن مقدم الرعاية حساس لحاجة الطفل، ويعزز مشاعر الأمن والأمان. هؤلاء الأطفال قادرون على استكشاف بيئتهم باستقلالية، ويصبحون في غمّ عندما يغادر مقدم الرعاية، ويحاولون التواصل معه عندما يعود مرة أخرى.

التعلق المتجنب: يحدث مع ما يقرب من 20% من الأطفال التعلق لتجنبي يميز الأطفال الذين يتجنبون التواصل مع مقدم الرعاية و لا يعبئون به. كما أنهم لا يشعرون بأى حزن عند الانفصال عنه، ولا يسعون للقائه عند عودته مرة أخرى.

التعلق القلق: يحدث مع ما يقرب من 15%-10 من الأطفال. التعلق القلق يتعلق بالأطفال الذين يظهرون مشاعر موجبة وسالبة نحو مقدّم الرعاية. كما أنهم يميلون إلى البقاء بالقرب من مقدم الرعاية، ويضعفون قدرتهم على الانخراط في السلوك الاستكشافي المستقل.عندما يبتعد عنهم مقدّم الرعاية، فإن هؤلاء الأطفال يشعرون بالأسى.وعندما يعود، تنتابهم مشاعر مختلطة متناقضة نحو هذا الشخص مقدّم الرعاية (تقلب بين الوجدان والغضب. كما أن هناك نموذج تعلق رابع يتعلق بأعمال إنسورث (Feldman ,2008). يحدث التعلق غير المنظم / غير الموجّه مع 10%-5 من الأطفال. فيما يبدو ان هؤلاء الأطفال لديهم نماذج تعلق أقل أماناً.يتميز التعلق غير المنظم / غير الموجّه بالاستجابات السلوكية والوجدانية المتناقضة والمحيّرة، وغير الثابتة لمقدّم الرعاية. على سبيل المثال، بعد فترة من الانفصال، قد يبحث الطفل عن مقدّم الرعاية، ومع ذلك لا يتواصل معه عينياً. من الممكن أن تتقلب التعبيرات الوجدانية مع مقدّم الرعاية بشكل دراماتيكى لسبب غير واضح (مثلاً : يبدو في لحظة هادئاً، ثم ينخرط في نوبة بكاء).

السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من الحياة، يمكن اعتبارها الفترة الحساسة لتحقيق التعلق الآمن. الفترة الحساسة " نقطة في النمو عندما تكون الكائنات الحية متشككة في أنواع معينة من المثيرات في بيئاتهم، ولكن عدم وجود هذه المثيرات لا ينتج دائماً نواتج يتعذر تغييرها" , Feldman) 2008,p.12)

عندما تكون لدى الطفل مشكلة في صياغة التعلق الآمن، فقد ينتج عن ذلك اضطرابات نفسية خطيرة. في الحالات الحرجة (غالباً تنطوي على إساءة الطفل وإهماله)، قد يحدث اضطراب التعلق القلق، الذي يقلل من قدرة الطفل على صياغة العلاقات ذات المعنى مع الآخرين (Feldman,2008).

يدافع إنسورث (1989,1991)، باولى (1988a ,1988 b) عما يعرف بنظرية الاستمرار فيما يتعلق بالتعلق. وفقاً لهذه النظرية، فإن طبيعة التعلق في الحياة المبكرة تؤثر على النمو خلال فترة الحياة. أجريت العديد من البحوث لاختبار هذه الفرضية، كما أجريت بحوث أيضاً لدراسة العلاقة بين أساليب التعلق والتنظيم الوجداني والكفاءة الاجتماعية لدى الكبار (Clopwz,1995)، وتبين من

خلالها وجود أدلة تدعم فرضية الاستمرار (Lopwz,1995). على سبيل المثال، يميل صغار الأطفال، وكبار الأطفال ذوو التعلق الآمن إلى أن يكبروا مع نفس المستوى من التعلق الآمن (Brenan et al 1991, Carnlley et al ,1994)، ويصبحوا آباء وأمهات لديهم القدرة على تحقيق التعلق الآمن مع أفراد أسرهم (Ricks,1985). إن الاختبار الحقيقي لفرضية الاستمرار يحتاج إلى دراسات طولية تدرس العلاقة بين التعلق المبكر والنمو خلال فترة الحياة (Lopez,1995)

تشير البحوث إلى وجود علاقة بين أساليب التعلق لدى الكبار والتنظيم آمن إلى أن يكون لديهم مهارات تواصل فائق ومهارات حل مشكلات (Pistole,1993, Shaver & Brennan ,1992)، مستويات أعلى من التكيف الزواجي (Kobak & Hazan ,1991)، والقدرة على تقديم دعم وجداني أكثر للشركاء المكتئبين، ودعم وجداني قوي عندما يحتاجون إليه (Simpson et al ., 1992). هناك قواسم مشتركة بين نظرية التعلّق وسيكولوجية الفرد لأدلر (Peluso et al ,2004). هناك بناءان نظريان رئيسيان في سيكولوجية أدلر، وهما: تحليل أسلوب الحياة، والاهتمام الاجتماعي. يشير أسلوب الحياة إلى التوجّه الرئيسي للشخص نحو الحياة. أما الاهتمام الاجتماعي، فيرتبط بالميول الفطرية للتعاون والعمل مع الآخرين (والذى يعتقد أن يزداد مع الصحة النفسية). قد يصبح التعلق وأسلوب الحياة متشابهان في تأكيدهما على العلاقات الأسرية المبكرة. التعلق الآمن يمكن ان يسهم في ثقة الشخص في نفسه، وامتلاكه لأسلوب حياتي نشط. أيضاً التعلق والاهتمام الاجتماعي بناءان متشابهان، حيث يشيران إلى أن القدرة على تحقيق علاقات اجتماعية ذات معنى يتأثر بطبيعة العلاقات الأولى بين الوالد والطفل. كما أن الأفراد ذوو التعلق الآمن لديهم قدرة أفضل على تحقيق علاقات اجتماعية ذات معنى، والإبقاء على هذه العلاقات.

أحد المجالات المثيرة لتطبيق نظرية التعلق هو في النمو المهني. فالأفراد ذوو التعلق الآمن يميلون إلى أن تكون لديهم خصائص تكيفية تعزز النجاح في الاستكشاف المهنى واتخاذ القرارات المهنية (Blustein et al.,1995). بعض هذه الخصائص هي : نمو هوية الأنا بشكل زائد ((Rice ,1990)، سلوك العمل المعزز لدى الشخص الكبير (Hazan & Shaver ,1990) والسلوك الاستكشافي المُعزز (Hazan & Shaver ,1990). نظرية التعلق هي مظهر للشخصية السليمة الصحية فيما يتعلق القضايا العلائقية في النمو (Lopez,1995)، ولذا تقدم منظور القدرات للمرشد النفسي. بدأت الاستراتيجيات لتطبيق نظرية التعلق في الممارسة الإرشادية في الظهور، وتم إعداد العديد من الأدوات لقياس طبيعة ومجال الأسلوب التعلقي لدى الفرد (للتعرف على أدوات قياس التعلق، انظر Brodford ,Lyddon et al ,1993) يرى كروس وهافركامب (1996) انه من المفيد تقييم العلاقات التعلقية الحالية لدى الكبار مع والديهم للحصول على تبصرات عن علاقة الشاب، او الطفل – الوالد. المسترشدون الذين لديهم

فيما يبدو أن تاريخ الفرد او مشكلات حالية في التعلق، ربما يرغب أصحابها في الحديث عن قضايا التعلق في الإرشاد النفسي لإفساح الطريق أمام النمو الأمثل (Blustein et al.,1995)

الذكاء الوجداني EMOTIONAL INTELLIGENCE

ينسب إلى ما ير وسالوفى تنمية مفهوم الذكاء الوجداني (Mayer et al , 1990 , Mayer & Salovey ,1997, Salovey & Mayer,1990) بناءً على وصفهما العلمي للذكاء الوجداني، يشير ماير (1999,2001) إلى أنه قدرة أحادية يمكن قياسها بشكل موثوق به وترتبط بالذكاء المعياري، ولكنها مستقلة عنه. الذكاء الوجداني شكل من أشكال الذكاءات البديلة، ويمكن أن يعود إلى أعمال ثورندايك (1920) عن الذكاء الاجتماعي (Mayer et al,2000)، الذي يستكشف في الأصل كيف يصدر الناس أحكاماً تتعلق بالآخرين، ويدرس دقة هذه الأحكام (Mayer & Geher ,1996). ظهر الذكاء الوجداني كمفهوم معقد يعرف بأنه "القدرة على إدراك معانى الوجدانيات وعلاقتها وعلى الاستدلال وحل المشكلات على أساس هذه الوجدانيات. ينطوى الذكاء الوجداني على القدرة على إدراك الوجدانيات، واستيعاب المشاعر المرتبطة بالوجدانيات، وفهم المعلومات عن هذه الوجدانيات، وإدارتها" (Mayer et al ,1999 ,p.267) يعرض كتاب جولمان – الأفضل مبيعاً: الذكاء الوجداني (1997) نسخة مفصّلة عن نظرية الذكاء الوجداني. يشير الكتاب إلى الذكاء الوجداني على أنه المُعامل الوجداني كمقابل لنسبة أو مُعامل الذكاء، و يعطي معلومات عن التطبيقات العملية للذكاء الوجداني في الحياة اليومية، و يشير إلى أن الذكاء الوجداني أكثر أهمية في تحديد النجاح الشخصي من الذكاء العقلي. وفقاً لجولمان، فإن مُعامل الذكاء ربما يكون السبب في تعيينك في وظيفة ما، ولكن مهارات المُعامل الوجداني هي المسؤولة الرئيسية عن ترقياتك، و نجاحاتك المرتبطة بالوظيفة. يذكر جولمان أن الوعى الذاتى قد يكون هو حجر الزاوية في الذكاء الوجداني، حيث إنه ضروري لمدى واسع من السلوكيات المتوافقة مع المجتمع مثل الضبط الذاتى. ومن الخصائص الرئيسية الأخرى المرتبطة النجاح: مهارات التعاطف، و المهارات الاتصالية (Goleman, 1997)، التفاؤل (Seligman, et al. , 1991)، الذكاء العملي أو الشعور العام (Sternberg et al. ,1995)، و إرجاء الإشباع (Mischel et al., 1989; Shoda et al. , 1990). لقد ارتبطت الاستجابات المتفائلة لمناحي القصور بالنجاح في الوظائف مثل زيادة الرواتب في مهنة التأمين (Seligman , et al. , 1991)، ويعتبر الذكاء العملي أو الشعور العام هو مؤشراً أفضل على النجاح في التوظيف من الذكاء العقلي (Sternberg et al. , 1995).

أشار جولمان الى "دراسة الخطمى Marshmallow" في ستانفورد، حيث تم أعطاء أطفال ما قبل المدرسة الخطمى (نوع من أنواع الحلوى)، وقيل لهم أنهم إذا ما انتظروا حتى يعود الباحث من مهمة كان ذاهب اليها، سوف يتم إعطائهم خطمى أخرى (Goleman , 1998;48). بعد أربعة عشر عاماً، قام عالم نفس يُدعى فيليب بيك Philip Peake بإجراء دراسة على نفس هؤلاء التلاميذ، واتفقت نتائج دراسته مع جولمان. هؤلاء التلاميذ الذين أظهروا قدرة على التحكم وضبطها في أكل الحلوى قد حصلوا على 210 درجة أعلى من غيرهم في اختبار ستانفورد للتحصيل. أما الذين أظهروا ميولاً اندفاعية نحو تناول هذه الحلوى كانوا من التلاميذ المعرضين للخطر At Risk في المدرسة الثانوية. أما البنات اللواتي لم تستطعن تمييز مشاعر القلق لديهن من الغضب أو الملل من الجوع كن أكثر

عرضة للمعاناة من اضطرابات الطعام أثناء فترة المراهقة. يدّعا جولمان أن نسبة الذكاء تسهم بنسبة 20% من النجاح في المستقبل، بينما نسبة الـ 80% المتبقية يمكن أن تُعزى لعوامل أخرى عديدة منها البيئة والذكاء الوجداني (O'Neil, 1996:1).

معظم ما تم دراسته في مجال الذكاء الوجداني تم دراسته أيضاً في مجال علم النفس الارتقائي (Gibbs, 1995). علم النفس الارتقائي – الذي يقوم على أعمال تشالز دارون – يستكشف كل مظاهر النمو بلغة بقاء السلالات الإنسانية (Daly & Wilson, 1983; Wright, 1994). من منظور الارتقاء، فإن الوجدانيات الإنسانية مثل الغضب قد تستثير استجابة الكر و الفر (Goleman, 1997)، و يمكن أن يعمل التعاطف كمواجه للقسوة (Goleman, 1997)، و يمكن أن يرتبط مجال الوجه و الجاذبية بالقدرة الإنتاجية (Johnson & Oliver-Rodriguez, 1997). فيما يبدو أن البحوث في علم النفس الإرتقائى واعدة في فهم النمو الإنساني، بما في ذلك مجال الذكاء الوجداني.

يقدم الذكاء الوجداني اتجاه قدرات للمرشدين النفسيين من خلال الاعتراف بالدور الحيوى الذي تلعبه الوجدانيات في الأداء الإنسانى. على سبيل المثال، يمكن أن يساعد المرشدون النفسيون المسترشدون على استخدام قوة التشجيع لتعزيز فعالية الذات. بالإضافة إلى ذلك، أن البرامج الوقائية في المدارس تعزز القدرات في المعرفة الوجدانية للتغلب على الميول السالبة للعنف، و الوحدة، و اليأس (Goleman , 1997). إن للمرشد النفسي مكاناً مثالياً يعزز فيه الذكاء الوجداني من خلال العروض في غرفة الدراسة، و الإرشاد (خصوصاً الجمعى)، و التشاور مع الوالدين و المعلمين.

قضايا العلاج TREATMENT ISSUES

هذا الجزء يخاطب قضايا العلاج في الإرشاد النفسي للطفل والمراهق، حيث يبدأ بوصف إجراءات التقييم المستخدمة بشكل شائع، ثم يقدم معلومات عن العلاج من حيث نتائج البحوث، وفيما يلي وصفاً للاتجاهات الإرشادية الخاصة مع الأطفال والمراهقين .

إجراءات التقييم Assessment Procedures

الإرشاد النفسي للطفل والمراهق يشتمل على مدى كامل من إجراءات التقييم المعيارية وغير المعيارية التي تم وصفها في الفصل الرابع. هناك أيضاً إجراءين آخرين من إجراءات التقييم للطفل والمراهق وهما: استخدام الرسم كأداة للتقييم، وهو إجراء استخدمه الأطباء المعالجون لبعض الوقت، واستخدام المقابلات الإكلينيكية مع الأطفال، والمراهقين، والوالدين. على الرغم من أن المقابلات الإكلينيكية اُستخدمت مع الكبار لسنوات عديدة، إلا أن استخدامها مع الأطفال والمراهقين حديث جداً (Edelbrock & Costello,1988)، وتمثل تطوراً رئيسياً في تقييم الاضطرابات لدى الأطفال والمراهقين (Kazdin ,1989).

الرسم: يمكن استخدام الرسومات في إجراءات التقييم المعيارية وغير المعيارية أيضاً. أحد الاختبارات المعيارية هو اختيار رسم الرجل لهاريس (Harris, 1963). هذا الاختبار يحتاج من الأطفال والمراهقين في البداية إلى عمل صورة لرجل أو امرأة (بناءً على جنس الطفل)، و صورة عن أنفسهم. هناك أيضاً اختبار معيارى شائع الاستخدام و هو اختبار رسم البيت - الشجرة- الشخص (Buck, 1949)، و فيه يقوم الأطفال و المراهقون في البداية برسم بيت، ثم شجرة وأخيراً شخص، وحديثاً نظام الرسومات المتحركة للأسرة والمدرسة (Knoff & Prout,1985)، والذي فيه يقوم الأطفال والمراهقون برسم صورة عن أسرهم، والأخرى ترتبط بالمدرسة هذا الاختبار يقيس علاقات هامة في البيت والمدرسة. من الممكن أيضاً استخدام رسومات الأطفال والمراهقين بطريقة لا معيارية للحصول على تقدير للنمو المعرفي والنفسي - اجتماعي ومستوى النضج لدى الطفل والمراهق Stabler, 1984) :)

1- هل للأشكال في الرسومات نسبة مناسبة أو شكل مناسب؟

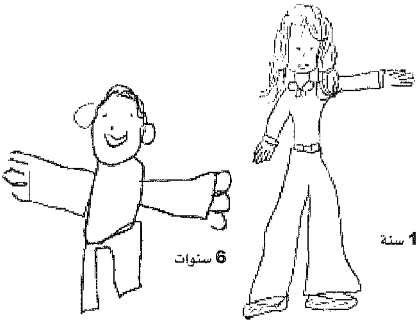
2- التفاصيل : ما هي درجة التفاصيل في الرسم (هل هناك أذنان، وعينان، وفم، وأنف في الوجه؟

3- الحركة والنشاط : هل هناك حركة أو نشاط يمكن للرسم أن يصورها، مثل أن يوضح الرسم مظهر شخص ثلاثى الأبعاد؟

4- الموضوع : هل هناك موضوع أو قصة يصورها الرسم مثل رجل قوى يمسك بلص، أو أناس يمارسون الحب؟

5- الهوية الجنسية : هل هناك دليل على أن الطفل أو المراهق لديهم مفهوم واضح عن الهوية الجنسية؟

هناك أيضاً خطوط إرشادية لتقييم الرسومات من حيث الأداء المعرفي والنضج العام للأطفال والمراهقين في ثلاث مجموعات عمرية : من 5- 7سنوات، 8-9 سنوات، 10-12 سنة (Stabler 1984, . على سبيل المثال، الأطفال من 5-7 سنوات لديهم القدرة على رسم صور أقل أو أكثر تناسقياً، بها تفاصيل محدودة، فيها دليل على ظهور الهوية الجنسية، حركة أو نشاط ضعيف، وليس بها موضوع. الشكل (11) يوضح رسماً قام به طفلان أحدهما في السادسة من عمرة، والثانية في الثانية عشرة من عمره.



شكل (11) رسم لطفل في السادسة من عمرة، وأخرى من الثانية عشرة من عمره

Drawings (pp.5.8) Chapel hill,Nc:Health Sciences Consortium Stabler (1984) Children's

هناك ثلاث أنواع من الرسومات أيضاً مفيدة – على وجه الخصوص – في عملية التقييم : الرسومات المتحركة، والتى يتم فيها تشجيع الأطفال على أي شيء يرغبون فيه، الصور الذاتية، ورسومات العائلة، ويقوم فيها الأطفال برسم أنفسهم مع عوائلهم (Stabler,1984). هذه الرسومات تمكن المرشد النفسي من عمل مقترحات عما يقوم باستكشافه مع الطفل. على سبيل المثال، قد يكون للرسم الحر موضوعات تمثل هموم الطفل، لذا فإن الطفل دائم الرسم لبيت مع طفل بجانب أب، وأم في البيت، قد يشير إلى أن الطفل مهموم (مشغول) بقضايا تتعلق بالبيت والحياة الأسرية و أما الصورة الذاتية التي ليس بها ذراعين وقدمين، فيمكن أن تشير إلى عدم القدرة على التحكم في البيئة – الطفل الذي يرسم صورة ذاتية بدون فم ربما يرى أن الآخرين لا يقدّرون وجهة نظره. الرسم الخاص بالعائلة، والذى يظهر فيه الطفل بعيداً عن الأفراد والآخرين في الأسرة قد يوحى بالشعور العزلة أو اغتراب.

المقابلات العيادية: لقد أصبحت المقابلات العيادية (الإكلينيكية) أداة مألوفة وشائعة للمساعدة في التقييم والتشخيص (انظر الفصل الرابع من أجل وصف للمقابلة الإكلينيكية). المقابلة الكلينيكية لا تحل محل الأشكال الأخرى من التقييم، ولكن يمكن النظر إليها باعتبارها مساعدة في عملية التقييم والتشخيص. في هذا الدور، تبين أن المقابلة الإكلينيكية تزيد من مصداقية التشخيص (Rob-ins et al ,1981). على الرغم من أن المقابلات الإكلينيكية استخدمت مع الكبار لبعض الوقت، إلا أن نموها، واستخدامها مع الأطفال والمراهقين قد حدث أثنا العشرين عاماً الماضية، استجابة للتباين المتزايد في الاضطرابات العقلية لدى الأطفال والمراهقين.

هناك العديد من المميزات والعيوب للمقابلات الإكلينيكية مقارنة بإجراءات التقييم الأخرى للأطفال والمراهقين، مثل الملاحظة والاختبارات النفسية (Edelbrock & Costello,1988). تشتمل المميزات على تمكين المرشد النفسي من تحقيق الألفة، وتوضيح سوء الفهم، والحصول على بيانات تقرير ذاتي من الوالدين والأطفال، والمراهقين. أما العيوب الرئيسية فترتبط بمستوى وجود الوقت الكافي للتقييم التجريبي.

الرسم ممكن أن يقدم معلومات تقييمية قيّمة

هناك العديد من أدوات المقابلة الإكلينيكية للأطفال والمراهقين المتوفرة الآن. المقابلة الإكلينيكية شائعة الاستخدام تتباين من حيث البنية، فكلما كانت المقابلات مهيكلة بشكل أفضل، كان إجراؤها وإدارتها أسهل (Edelb rock & Costello ,1988). وفيما يلي تقدم ثلاثة أمثلة :

1- المقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين (Herjanic & Reich ,1982) وهذه مقابلة تشخيصية مهيكلة جيداً يمكن استخدامها مع الأطفال في سن 6 سنوات أو أكبر، فهي تغطي مدى واسعاً من أعراض الطفولة من حيث التكرار والفترة الزمنية. كما أن هناك نسخة أيضاً للوالدين تستجدي التاريخ الأسري والنمائي وثيق الصلة بالموضوع.

2- الجدول الزمني للمقابلة للأطفال (Kovacs,1982). وهي مقابلة شبه منظمة للأطفال من سن 8-17 سنة، وهي موجهة بالأعراض وتركز بشكل أساسي على الاكتئاب، على الرغم من أنها تقيس أيضاً المعايير التشخيصية الأخرى. يمكن إجراء مقابلة منفصلة مع الوالدين والأطفال، والمراهقين.

3- جدول المقابلة التشخيصية للأطفال (Costello et al ,1982) وهي مقابلة جيدة الهيكلة للأطفال والمراهقين من سن 6-18 سنة، وتقدم معلومات عن مدى واسع من الأعراض

والسلوكيات فيما يخص الاستهلال، الفترة الزمنية، والحدة. يمكن استخدام نسخة أخرى موازية لهذه النسخة مع الوالدين، والأطفال، والمراهقين.

الأهداف الإرشادية للطفل والمراهق Child and Adolescent Counseling Goals

أحد الطرق لصياغة الأهداف الإرشادية في الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين هي من اتجاه نمائي، حيث يمكن تطبيق الاتجاه النمائي على المسترشدون من كل الأعمار. كما أنه قد يكون مفيداً – على وجه الخصوص – في الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين (مثلها في الإرشاد النفسي المدرسي)، حيث يتم مخاطبة القضايا النمائية باستمرار. يميز الاتجاه النمائي بين نوعين من الأهداف الإرشادية أهداف عامة أساسية، وأهداف ثانوية. الأهداف العامة الأساسية تخاطب القضايا النمائية، أما الأهداف الثانوية، فترتبط بمشكلات معينة مثل التسويف وعدم أداء الأعمال المدرسية في وقتها.

إن الأهداف العامة الأساسية تعزز النمو الأمثل من خلال تدعيم الكفايات النمائية مثل تقدير الذات، التعلق، المرونة، الذكاء الوجداني، الوعي الذاتي، الضبط الذاتي، وفعالية الذات، والدافعية الداخلية ووجهة الضبط الداخلي. وهذه تعتبر أهداف إرشادية أساسية لانها ذات صلة بنمو الطفل أو المراهق. بالإضافة إلى ذلك، ربما تساعد الأهداف الإرشادية العامة الأساسية الكفايات النمائية، اللازمة في تعريف الأهداف الإرشادية الثانوية بنجاح، والتي قد تكون مرتبطة بها بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر. على سبيل المثال الدافعية الداخلية، والضبط الذاتي هدفان أساسيان يمكن أن يرتبطا مباشرة بالتغلب على مشكلات التسويف. أما الوعى الذاتى فقد يكون هدفاً نمائياً يرتبط بشكل غير مباشر بمشكلة التسويف، ولكن قد يكون هاماً في نمو وتنمية الطفل والمراهق.

من المهم الأخذ بعين الاعتبار مراعاة الأهداف الإرشادية الأساسية العام، والثانوية عند تقييم التقدم في الإرشاد النفسي.. من الاتجاه النمائي، فإنه ينبغي قياس النجاح بمعرفة ما إذا كان قد تم حل المشكلات (الأهداف الثانوية)، وكيف يتقدم المسترشدون فيما يتعلق بنموهم وتنميتهم (الأهداف العامة الأساسية)، لابد من تشجيع المرشدين النفسيين والمسترشدون إذ تم تحقيق التقدم في الأهداف الإرشادية الأساسية العامة، والثانوية.

بحوث الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين Child and Adolescent Counseling Research

إن استعراض عدد من التحليلات البعدية في مجال الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين يقدم دعماً قوياً لفعالية الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين (Weis et al .,1993 , Hazelrigg et al 1987, Kazdin et al .,1990) على سبيل المثال، يتفوق الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين على عدم العلاج، كما أن درجة التغيير الايجابي تقارن بالإرشاد النفسي للكبار، إلاأن هناك تباين بسيط في فعالية الصور العلاجية مثل السلوكية واللا سلوكية، وتكون نتائج العلاج متشابهة بالنسبة للمشكلات الداخلية مثل الاكتئاب والخارجية مثل العدوان (Kazdin,1993). كما تشير البحوث أيضاً

إلى أن الاتجاه النمائي حاسم في تحديد التدخلات الإرشادية المناسبة للأطفال والمراهقين. على سبيل المثال، كانت المداخل السلوكية مثل التعديل السلوكي مفيدة في علاج الأطفال (Kazdin,1993) والمراهقين (بسبب قدرتهم على التفكير المجرد) فإن لديهم القدرة على الاستفادة من المداخل السلوكية المعرفية أفضل من الأطفال (Durlak et al ,1991) يذكر كازدين (1993) أيضاً أن هناك تأييداً قوياً للبرامج الوقائية مع الأطفال والمراهقين (Goldston et al ., 1990 ,Weissberg & Co-plon,1991) فيما يبدو أن البرامج التي تقدم تأييداً للأسرة أثناء سنوات تشكيل شخصية الطفل تمنع المشكلات مثل إنخراط الطفل في السلوك المعادى للمجتمع في الطفولة المتأخرة والمراهقة. كما تشير البحوث إلى أن البرامج المدرسية فعالة في الوقاية من مدى واسع من المشكلات مثل تعاطي المخدرات، والتسرب الدراسي. يفترض كازدان (1993) أن نجاح البرامج الوقائية يعتمد – بعض الشيء – على القدرة على تغيير الاتجاهات، وتغير السلوك. وجد سكولتيز ونيستول (1980) في دراسة سابقة عن تعليم الوالدين أن التذويت والتحول من اتجاه إلى سلوك يحتاج إلى حركة ومعلومات مثل لعب الدور.

المناهج الإرشادية الخاصة للأطفال والمراهقين

Special Counseling Approaches for Children and Adolescents

معظم المداخل الإرشادية المستخدمة مع الأطفال والمراهقين (مثل السلوكية، والسلوكية – المعرفية) تعتبر تعديلات لاستراتيجيات مستخدمة مع الكبار (Tuma ,1989) العلاج النفسي باللعب، وحل الصراع (النزاع) منهجان إرشاديان صمما للعمل مع الأطفال والمراهقين على وجه الخصوص. هذا الجزء يستعرض هذه الطرق الفريدة، ويقدم خطوطاً إرشادية للإرشاد النفسي للطفل والمراهق.

– **العلاج النفسي باللعب:** يمثل أداة نمائية هامة للأطفال والمراهقين فهو شكل طبيعي من أشكال التواصل (Campbell ,1993)، وتعبير عن الإبداع المرتبط بالتعلم، والمواجهة، والإدراك الذاتى (Rogers & Sharapao,1993). فمن خلاله، يصبح الأطفال والمراهقون قادرون على تعزيز النمو المعرفى، والجسمى والنفسي – اجتماعى (Papalia & Olds,2001) . على سبيل المثال، تنطوى لعبة " الإستغماية " على أين وكيف تختبئ (معرفى)، الحركة مثل الجرى والاندفاع (جسمى)، والتعاون مع الآخرين (نفسي – اجتماعى)، كما أصبحت ألعاب رياضية مثل كرة السلة، كرة القدم أشكالاً من أشكال اللعب محببة للأطفال والمراهقين، وتقدم فرصاً لتعزيز النمو.

العلاج النفسي باللعب إستراتيجية إرشادية تستخدم في الأساس مع الأطفال لتحقيق العديد من الأغراض، وهى : بناء العلاقات، إجراء التقييم، تعزيز التواصل، تقديم العلاج النفسي، وتعزيز النمو (Orton,1997). ينطوى العلاج النفسي باللعب على لعب بالوسائط مثل اللعب بالرمال، والرسم، والموسيقى لتعلم المهارات والعمل خلال المشكلات بحيث يمكن للأطفال التقدم في عملية النمو. فاللعب بالرمال – وهو شكل من أشكال العلاج النفسي باللعب (Carmichael ,1994) يقوم على

استخدام صينيتين 20×30×40 بوصه (إحداهما بها رمال مبللة، والأخرى بها رمال جافة)، رموز عديدة تمثل الحياة اليومية (ناس، حيوانات، سياج، الخ). يتم تشجيع الأطفال على استخدام الرموز للتعبير عن أنفسهم في اللعب التخيلي. خلال المراحل الثلاثة للعلاج النفسي باللعب (ربما في ذلك ما يتوقعه الفرد من اللعب بالرمال هي: التشوش)، يميل الأطفال إلى التعبير عن المشاعر السالبة مثل الغضب، والارتباط، ويسقطون هذه المشاعر على رموز اللعب. وكلما تقدم العلاج النفسي باللعب، فإن المعالج النفسي يشجع الأطفال على الاستفادة من اللعب كوسيلة للعمل خلال كفاحهم أما المرحلة الأخيرة من العلاج النفسي باللعب، فتتميز بالتعبيرات الإبداعية الأكثر إيجابية في طبيعتها (مثل التعاون) والتى تعكس حل الصراعات.

يمكن أن تعود الجذور التاريخية للعلاج النفسي باللعب إلى مدرستين رئيسيتين في الإرشاد النفسي: المدرسة الفرويدية، والمدرسة الروجرية. لقد كانت أنّا فريد (1928) وهى ابنه سيجموند فرويد أول من استخدمت العلاج النفسي باللعب مع الأطفال، وطوّرت ميلانى كلين (1960) مدرسة التحليل النفسي للعلاج النفسي باللعب. هاتان المعالجتان دمجتا المبادئ الرئيسية للتحليل النفسي في منهجيهما على سبيل المثال، تقوم الأنا بالحد من الصراعات النفسية الداخلية، والاستفادة من علاقة التحوّل لمساعدة الأطفال في التغلب على الخبرات المؤذية. يُصيغ المرشد النفسي في التحليل النفسي اللعب بأسلوب يشبه التداعى الحر. من هذا المنظور، يسمح اللعب للأطفال بالتعبير عن أنفسهم بحرية وتلقائية. دور المرشد النفسي في هذه العملية سلبى وتفسيرى. على سبيل المثال، إذا رسم الطفل صورة ذات أشياء مظلمة، قد يسأل المرشد النفسي "هل أنت حزين أو مكتئب اليوم؟"

الأساس النظرى لمدرسة العلاج النفسي باللعب عند نيرجينيا أكسلين (1970) يمكن أن يعود إلى المدرسة الإرشاد النفسي المتمركز حول الشخص لدى كارل روجرز، ومن ثم فإنه منهج إنسانى – ظواهراتي. يعبر المرشد النفسي عن الوّد التقبل للطفل، ويشجع الطفل على الاستكشاف الحر لمواد اللعب المختلفة (Axline ,1964,1974). دور المرشد النفسي هو نفس الدور في الإرشاد النفسي المتمركز حول الشخص. أثناء قيام الطفل باللعب، يحاول المرشد النفسي التعبير عن الفهم التعاطفي، كما يتفاعل – بإحساسه – مع ما يمر به الطفل. يمكن أن يحصل القارئ على وصف تفصيلي لمنهج أكسلين في البحث عن الذات (Axline,1964).

تقوم الأشكال المعاصرة للعلاج النفسي باللعب على عدد من التوجهات النظرية، مثل: الروجرية (Landrth,1993)، واليـنجـيـة (Allen & Brown ,1993)، والأدلرية (Kottman & John-son,1993,Nystul,1980 a). الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي باللعب المتمركز حول الشخص لدى آدلر يعكس النموذج الأول الذي طوّره أكسلين، وتستخدم في علاج مدى واسع من المشكلات – السلوك النكوصي، الاكتئاب، والإساءة، والسلوك الاجتماعي غير المناسب (Landreth ,1993). ينطوى العلاج النفسي باللعب لدى ينج على تطبيق المبادئ الرئيسية لينج (انظر الفصل السابع). يستخدم العلاج النفسي باللعب عند ينج التحالف العلاجي لمساعدة الطفل على العمل خلال الكفاحات

والصراعات اللاشعورية التي تنعكس في اللعب (Allan & Brown,1993)، ويتمثل الهدف الرئيسى في مساعدة الطفل على عمل توازن بين العالم الداخلى للمشاعر، والدوافع، ومتطلبات العالم الخارجى كما تظهر في المدرسة، ومع الأقران، والأسرة كما أن هناك هدف رئيسى للعلاج النفسي باللعب عند ينج وهو تقوية الأنا لدى الطفل، مما يجعله وسيط فعال بين العالم الداخلى للطفل وعالمه الخارجى.

فى الحقيقة، وجد أتباع ينج أن اللعب بالرمال مفيد – على وجه الخصوص – كوسيلة لتقوية الأنا لدى الطفل لعمل توازن بين العالم الداخلى للطفل وعالمة الخارجي (Carmicha el ,1994) أما العلاج النفسي باللعب عند آدلر، فيقوم على أعمال أدلر (1930)، وأعمال دريكورس وزملائهما (Dreikurs & Soltz , 1964). هذا العلاج يستخدم لتعزيزالعلاقة الارشادية الايجابية، يمكن الاطفال من اكتساب تبصرات، ووعى بالذات، وتقديم المهارات والخبرات اللازمة للاطفال للعمل خلال الصراع وتعزيز النمو (kottman &Johnson ,1993,Nrstul ,1980).من الممكن أن يكون التشاور مع الوالدين والمعلمين عامل هام للعلاج النفسي باللعب لدى أدلر (Kottman &Johnson , 1993, Nystal , 1987b). كما باستطاعة المرشدين النفسيين استخدام مفاهيم آدلر /دريكورين لمساعدة الوالدين والمعلمين على تنمية أدوات لفهم أفضل وللعمل مع الأطفال.بعض المفاهيم الأكثر استخداماً على نطاق واسع هي : أهداف سوء السلوك، عامل ترتيب المواليد في نمو الشخصية، التشجيع مقابل المديح، والنتائج مقابل العقاب. هناك برامج مثل التدريب المنظم للوالدية الفاعلة (Dinkneyer &Mckay,1997) والتي تقدم ملخصاً ممتازاً عن هذه الأفكار بالإضافة إلى أنشطة منظمة لتطبيقها.

الملحوظة الشخصية التالية تقدم مثالاً على الكيفية التي قمت بها بتنمية منهجي الخاص إلى العلاج النفسي باللعب :

ملحوظة شخصية

لقد أعددت منهجي الخاص إلى العلاج النفسي باللعب (Nystul ,1980) هذا المنهج يقوم على سيكولوجية أدلر/ دريكورس، كما تدمج المراحل الأربعة للعلاج النفسي بالفنون الإبداعية متعددة الصور التي وصفناها في الفصل الثامن: وضع الأساس، مثال، اجعل نفسك مستريحا، حاول الحصول على فهم لدوافع، يقوم منهجي للعلاج النفسي باللعب على الافتراضات السبعة التالية:

1- يحاول المرشد النفسي تحقيق شعور الاحترام المتبادل مع المسترشد

2- يستخدم المرشد النفسي التشجيع متى كان ذلك ممكنا

3- يحاول المرشد النفسي فهم الطفل من خلال استكشاف المنطق الخاص

4- يحاول المرشد النفسي إعادة توجيه الحركة الغائبة للطفل لزيادة دافعية الطفل للتغيير

5- تبدأ الجلسة بـ 15 – 30 دقيقة من نحو مفهوم الذات وتنتهي بـ 15 – 30 دقيقة من العلاج النفسي بالفنون الابداعية متعددة الصور

6- يستخدم المرشد النفسي النتائج المنطقية والطبيعية لتحقيق الحدود الواقعية.

7- يعترف المرشد النفسي بأهمية إشراك الوالد والمعلم كمساعد في العلاج النفسي باللعب.

مع مرور السنين، وجدت أن العلاج النفسي باللعب طريقة فعالة للعمل مع الأطفال. أعتقد أن اللعب وسيلة طبيعية للتواصل معهم. فاللعب يسمح للأطفال بالاسترخاء، وتحقيق الذات والإحساس بها أثناء تعاملنا مع القضايا التي تهمهم.

الخطوط الإرشادية للعلاج النفسي باللعب GUIDELINES FOR PLAY THERA

الخطوط الإرشادية التالية قد تكون مفيدة عند تطبيق العلاج النفسي باللعب: يمكن تطبيق العلاج النفسي باللعب بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة من 3-2 أطفال ينبغي أن تكون حجرة العلاج النفسي باللعب ما يقرب من 15×15 ق. م ينبغي أن تكون كبيرة، بشكل يسمح بوجود شخصين كبيرين وأربعة أطفال، ولكن صغيرة بحيث تعزز الشعور بالقرب بين المرشد النفسي والطفل فإذا كانت الحجرة كبيرة -أكثر من اللازم- على سبيل المثال- ربما يشرد ذهن الطفل. ينبغي أن يضمن المرشد النفسي الخصوصية، فلا يدخل أحد إلى حجرة العلاج النفسي باللعب أثناء الجلسة. فقطع الجلسة شيء غير مرغوب فيه في العملية الإرشادية.

لابد من توفر مواد اللعب مثل بيوت اللعب، والدمى، العرائس، والأطفال الصغار، وأفراد الأسرة الآخرين، كما أن المواد الفنية مثل الطينة الصلصالي، والألوان المائية، والأدوات الموسيقية مثل الطبول، والدف الصغير قد تكون مفيدة أيضا .لابد أن يضع المرشد النفسي الحدود مع الطفل أثناء الجلسة الأولى فيما يتعلق بالوقت والسلوك. من حيث الوقت، يمكن أن يتباين طول الجلسة وفقا للوقت المتاح إلا أنه لا ينبغي أن تزيد عن ساعة . لابد من تحديد الفترة الزمنية قبل الجلسة الأولى والالتزام بالوقت على قدر الإمكان .أما فيما يتعلق بالسلوك، ينبغي على المرشد النفسي أن يقيد الطفل الذي يتصرف بشكل عدائي، وقد يكون من الضروري قطع جلسة العلاج النفسي باللعب إذا أصر الطفل على العدائية. عندما يتلف الطفل لعبة ما، يمكن أن يستخدم المرشد النفسي نتيجة منطقية . على سبيل المثال، قد يقول المرشد النفسي" يبدو أنك غير مستعد لاستخدام الطبلة اليوم. سوف أبعدها الآن لأنك قد ترغب في استخدامها في وقت لاحق، ولكن بالطريقة التي من المفترض أن تستخدم بها".

عند التواصل، ينبغي أن يستخدم المرشدون النفسيون صوتا عطوفا ودوراً خصوصا إذا شعروا بأن الطفل يمر بحالة الشعور بالأمان، ألا يعنفوا الطفل بلغة نبرة الصوت، أن يستخدموا مستوى مناسب من المفردات اللغوية بحيث يفهمهم الطفل. على الرغم من أنه من الضروري أن يكون المرشد النفسي جاداً مع الطفل إلا أن الطفل إذا لاحظ منك التجهم، فإن ذلك سوف يأتي بنتائج عكسية – لابد أن يضحك المرشد النفسي مع الطفل ويمازحه، وينبغي عليه أيضا أن يتكلم من منظور إيجابي، مستخدما التشجيع متى كان ذلك ممكنا.

يقدم العلاج النفسي باللعب وسيلة للوصول إلى عالم الطفل ويساعد الطفل على الوصول إلى عالم الآخرين. كما يمكن استخدام العلاج النفسي باللعب في علاج مدى واسع من المشكلات والهجوم على سبيل المثال، يمكن استخدامه مع أطفال التوحد لمساعدتهم في تعلم اللغة والمهارات الأخرى الضرورية للتغلب على الميول التوحدية (Nystul, 1986). يمكن أن يقدم العلاج النفسي باللعب بعدا هاما لبرامج الإرشاد النفسي النمائية الشاملة من خلال مساعدة الأطفال في التغلب على الميول نحو التردد والمقاومة وتعزيز حل المشكلات وغير ذلك (Campbell, 1993). إن للعلاج النفسي باللعب قدرة عبر ثقافية، وذلك يخلق لغة عامة من خلال اللعب والاشتراك في الفنون الإبداعية (Cochran, 1996). كما يمكن أن يتغلب على العوائق اللغوية والمصادر الأخرى من المقاومة لتعزيز النجاح المدرسي لدى الأطفال والمراهقين (Cochran,1996). يبين التحليل البعدى 15 تقرير عن العلاج النفسي باللعب أن العلاج النفسي باللعب يتفوق على اللاعلاج ويعزز التكيف العام والمهارات العقلية (Reams & Friedrich , 1983). نحتاج إلى مزيد من البحوث للحصول على فهم أكثر وضوحا عن كيفية استخدام العلاج النفسي باللعب مع الأطفال.

حل الصراع Conflict Resolution

يمكن استخدام إجراءات حل الصراع المصممة خصوصا بتوجيه من الكبار – مع الأطفال (Stern & Newland , 1994)، والمراهقين (Van slycket al. , 1996)، كما سنوضح في الفصل الرابع عشر، فإن حل الصراع مفيد – على وجه الخصوص – في الإرشاد النفسي في المدارس الوسطى، حيث أن المشكلات ترتبط بالصراع الشخصي إن لحل الصراع الذي يوجهه الشباب – والذى يستخدم في الإرشاد النفسي المدرسي والإرشاد النفسي الخاص بالصحة النفسية – له نظرياته الخاصة الفريدة، كما له متطلباته التدريبية (Van slycket al.,1996) يمكن أن نقدم استعراضا للمجال كما يأتي: (Van slyck et ., 1996): يعتبر حل الصراع الموجه للشباب مميزاً عن حل الصراع لدى الكبار في أن الشباب يأخذون دورا نشطا في العملية بتعلم كيف يحلون صراعاتهم بينما يميل الكبار إلى أخذ دور أكثر سلبية من خلال إحضار وسيط لحل الصراع "كما في وسيط الطلاق" إن الهدف الرئيسي لحل الصراع الذي يوجهه منهج الشباب هو تعزيز مهارات حل المشكلات، ومهارات المواجهة، وخصائص المرونة التي يمكن استخدامها للتغلب على الصراع وتعزيز النمو الأمثل.

يمكن أن تكون برامج حل الصراع الذي يوجهه الشباب وقائياً وعلاجي في طبيعته فالبرامج الوقائية موجهة نحو مساعدة الشباب على تعلم كيف يطبقون نظرية حل الصراع ومهاراته على تحسين التواحد بالحياة بضغوط وصراعات عكسية قليلة. من الممكن أن تلعب الأنشطة التوجيهية ذات المجموعات الكبيرة الصغيرة في حل الصراع بالإضافة إلى التكيف في المنهج المدرسي – دورا في تطبيق البرامج الوقائية يرتبط حل الصراع العلاجي بالتغلب على الصراعات حديثة الوجود، وهذا قد ينطوى على استخدام إرشاد الزملاء (مثلا : توسط الزميل) أو التدخل المباشر بواسطة المعلمين، والهيئة، والمرشدين النفسيين. بغض النظر عن مستوى التدخل (وقائي أو علاجي)، فإن التركيز

منصب على مساعدة الشباب على استخدام مهارات حل المشكلات للتوسط الناجح، والتفاوض بشأن مشكلات الحياة.

تم دمج خطوات عديدة من نموذج حل الصراع لدى الشباب (Dysinger, 1993)، في إطار العمل التالي لحل المشكلات القائم على حل الصراع :

1- تبني منهجاً إيجابيا: يبدأ بتشجيع الشباب على التقدم نحو حل الصراع من منظور الفوز. يتم وضع قواعد أساسية تعزز منظور القدرات الإيجابية، وليس المنهج المعاكس (مثلا التهديد).

2- استمع واستجب بشكل مناسب: ينطوي على مساعدة الأحزاب المتعارضة على استخدام مهارات الاستماع لفهم وجهات النظر المعاكسة، والاستجابة البنّاءة. تشتمل القواعد الأساسية على عدم التدخل أو المقاطعة أثناء حديث الآخرين (بحيث تكون هذه الأحزاب في دور المستمع والمتعلم)، والاستجابة من موقع الرعاية والاهتمام.

3- كن على وعى بالاختيارات والمسؤوليات: يتم تشجيع الشباب على الوعى بالاختيارات التي قاموا بها، والمسؤوليات التي يضطلعون بها في علاقتهم بالصراع. تشمل القواعد الأساسية على عدم اللوم أو الطنين. يمكن التشجيع على استخدام الضمائر الشخصية لمساعدة الشباب على الاضطلاع بالمسؤولية من سلوكهم.

4- ابتكر حلولا تعزيز الصداقة: هذه الخطوة تحدد مدخلا جديدا، يمكن استخدامه في التغلب على الصراع. إن طبيعة المدخل الجديد سوف تتباين مع الموقف والأشخاص المشتركين . بالنسبة للبعض، فإن ضمان أن الشخص الآخر لن ينخرط في سلوك معين - يعتبر كافيا، وبالنسبة لآخرين، فإن مجرد فهم وجهة نظر الآخر يمكن من حل الصراع.

5- المتابعة: تنطوى المتابعة على فحص ما إذا كان الصراع قد تم حله، وتشجيع الشباب على الانخراط في حل المشكلات القائم على حل الصراع. إذا ما كانت المشكلة ما زالت قائمة فمن خلال التعاون والرعاية، يمكن تعزيز الصداقة، والحد من الصراعات والضغوط.

الخطوط الإرشادية للإرشاد النفسي للطفل والمراهق

Guidelines for Child and Adolescents Counseling

يمكن دمج الخطوط الإرشادية التالية في المنهج الشخصي للإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين :

- **حافظ على خط التواصل:** يمكن أن يشعر المعلمون والوالدان والمرشدون النفسيون بالإحباط عند إرشاد الأطفال والمراهقين يمكن للوالدين أن يسهما في مشكلات التواصل من خلال ممارسة الأسلوب الوالدي الصارم مثل استخدام إنذارات مثل "طالما أنت تعيش معى تحت سقف واحد، لابد أن تفعل كل ما آمرك به، وإلا "قد يقوم الأطفال والمراهقون بخلق تحديات خاصة للكبار في مراحل التمرد، وعندها يقولون ويفعلون أشياء ضارة، يجدون طرقاً لمضايقة

الآخرين. وعندما يحدث ذلك، فمن الأهمية بمكان بالنسبة للشخص الكبير الذي يهمه الأمر أن يبقي على خط التواصل مع الطفل أو المراهق.

الملحوظة الشخصية التالية تقدم أمثلة على قضايا إكلينيكية ترتبط بالحفاظ على خط التواصل:

الملحوظة الشخصية

سأظل أتذكر ما قالته لي سيدة متخصصة في العمل مع المراهقين. فقد قالت أن أهم شيء في إرشاد المراهقين هو الإبقاء على خط التواصل من السهل خسارة هذا التواصل بسبب تمرد المراهقين، والقسوة الوالدية، وهكذا فبدون التواصل، لا يمكن حل المشكلات والمواقف السيئة سوف تزداد سوءً.

فقد وجدت إمكانية استخدام العديد من الاتجاهات النظرية للإبقاء على خط التواصل مع الأطفال والمراهقين على سبيل المثال يشير جلاين (1980) إلى أن المرشدين النفسيين يوصلون إلى مسترشديهم بأنهم لن يتخلوا عنهم بسبب ما يفعلونه. غالبا ما يختبر الأطفال والمراهقون مرشديهم النفسيين بزيادة حدة سوء السلوك ليروا ما إذا كان ما يقول المرشدون حقيقة. نظريتي عن الاتزان الانفعالي "انظر الفصل الثالث" , Nystul , 2002، تقدم أداة أخرى للابقاء على خط التواصل. وفقا لهدف النظرية فإن بإمكان الفرد الإبقاء على التواصل ذى المعنى والاتزان الانفعالي وتجنب عدم الانخراط الانفعالي.

استخدام التدخلات الموجودة في النظرية: تقدم النظرية إطار عمل مفاهيمي لفهم ومخاطبة القضايا الإكلينيكية والملحوظة الشخصية التالية تصف لماذا وجدت أن النظرية تلعب دورا رئيسيا في الإرشاد النفسي للطفل والمراهق.

الملحوظة الشخصية

ذهبت ذات مرة لحضور مؤتمر عن سيكولوجية آدلر، وحضرت عرضا للبروفسيور جيمس كروك، أثناء العرض، قال أنه عندما يكون لدى المرء أساس نظري قوي، فإن ذلك يساعد كثيراً. فقد رأيت أن النظريات (مثل نظريات الشخصية ونظريات تنمية الطفل) تعزز من فهم علة سوء سلوك الطفل، وهكذا. وفهم الاتجاهات لتعزيز الاهتمام والتعاطف، وهذا بدوره يمكن أن يعزز النواتج الإيجابية مثل حل المشكلات.

التدخلات الموجودة في النظرية مفيدة أيضا لمن يعملون أو يقومون بدور الاستشاريين أنا – كأخصائي نفسي مدرسي – طالما سألني المعلمون عما ينبغي عليهم فعله بشأن سوء سلوك التلميذ- عادة ما تركز استشارتي على مساعدتهم في فهم ديناميكيات سوء سلوك الطفل أو المراهق. في هذه العملية، نحن نستكشف تطبيق النظريات العملية البسيطة مثل مفهوم هوية النجاح والفشل عند جلاسر (1969)، ومفاهيم دريكورس عن أهداف سوء السلوك، والتشجيع مقابل المدى (Dreikurs & soltz , 1964) هذه النظريات مهمة لأنها حافظت على حالتها ووجودها مع الزمن.

دمج المفاهيم الوالدية في منهج الشخص

INCORPORATE PARENTING CONCEPTS IN ONE'S APPROACH

البرامج الوالدية مثل التدريب المنظم للوالدية الفعالة لدى دينكمير وماكاى (1997) يمكن أن تكون مساعدة هامة للإرشاد النفسي للطفل والمراهق، يمكن استخدام المفاهيم الوالدية والأفكار الوالدية لمخاطبة مشكلات الطفل / المراهق وتعزيز العلاقات الأسرية , Nystul , 1980 , 1982 , b , 1984 (1987) لا يحتاج برنامج التدريب المنظم للوالدية الفعالة إلى متخصصين حاصلين على شهادات، وغالبا ما يدار بواسطة الآباء المهتمين.

في بعض الحالات، تطلب تدخلات والدية عميقة، في هذه الحالات، يمكن أن يستفيد المرشدون النفسيون من البرامج الوالدية كمساعد للإرشاد النفسي للطفل والمراهق. يعد تدريب الإدارة الوالدية أكثر البرامج الوالدية انتشارا واستخداما من قبل المرشدين النفسيين لمساعدة الوالدين (Friedlander & Tuason , 2000) هذا التدريب تدخل نفسي - تعليمي ينطوى على مساعدة الوالدين على تعلم الإجراءات الوالدية لمخاطبة عدد من مشكلات الطفل والمراهق مثل اضطراب العناد، واضطرابات النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، والجنوح (Estrada & pinsoff , 1995) (هذا التدريب يستخدم لتعزيز الأداء الأسري الشامل من خلال الحد من الصراع الأسري، وزيادة الترابط الأسري والتعبير الأسري (sayeret al. 1993) المكاسب الإيجابية المرتبطة بهذا التدريب يمكن أن تقل عندما يشعر الوالدان بالاكتئاب، أو يمران بكم هائل من الضغوط (Webster-Stratton, 1990) أو تحدث عزلة للأسرة أو حرمان (Estrada & Pinsoff , 1995).

التأكيد على الاختيار والمسؤولية EMPHASIZE CHOICE AND RESPONSIBILITY

يؤكد جلاسير (1980) على دور الاختيار والمسؤولية في تعزيز الصحة النفسية. من الممكن أن يكون الاختيار والمسؤولية مفيدين - على وجه الخصوص - في استراتيجيات الإرشاد النفسي للطفل والمراهق لتعزيز النمو الأمثل .من الممكن أن يساعد الوالدان، والمعلمون، وآخرون الأطفال والمراهقين على أن يكونوا على وعى باختياراتهم والاضطلاع بمسؤولية هذا الاختيار، مما ينتج عنه فوائد شخصية وعلائقية. النمو الشخصي الناتج عن الاختيار - المسؤولية (العلاقات مع الآخرين) يمكن أن يشتمل على فعالية الذات، الضبط الذاتي، وتقدير الذات، ووجهة الضبط الداخلي. يمكن أن تشتمل الفوائد العلائقيه على تقليل الصراع بين الشخص الكبير والطفل أو المراهق (لأن الوالد يركز على اختيارات الطفل أو المراهق وليس التحول من قضايا تمثل القوة والضبط) .

الاستفادة من نموذج الوصول إلى الداخل والوصول إلى الخارج

UTILIZE THE REACHING IN - REACHING OUT MODEL

يمكن أن يكون نموذج الوصول إلى الداخل، والوصول إلى الخارج مفيدا في الإرشاد النفسي للطفل والمراهق (Nystul, 1986). هذا النموذج ينطوى على إيجاد المرشدين النفسيين طريقاً إلى

عالم المسترشد، وثم مساعدة المسترشد على الوصول إلى عالم الآخرين. كلما كان المسترشدون أكثر التزاما وأكثر صراحة، كانوا أكثر مقاومة، وبالتالي من المفيد مقابلتهم الند بالند. عندما يتم مقابلة المسترشدون بالند، فإنهم يميلون إلى الشعور بالأمان، ومن خلال ذلك تقل مقاومتهم للوجود مع المرشد النفسي. أثناء جعل المسترشدون المرشدين النفسيين يدخلون إلى عالمهم، فإن المواجهة الوجودية الناتجة عن ذلك يمكن تعزيزها من خلال خبرات ممتعة مثل "الاستمتاع" بالدمى، أو أشكال الموسيقى أو اللعب الإبداعي.

إن الاستمتاع "يمكن أن يضع الأساس لمرحلة" الوصول إلى عالم الآخرين "بزيادة دافعية المسترشد للعمل مع المرشد النفسي. تنطوي مرحلة" الوصول إلى العالم الخارجي للآخرين "على" تحول الذات "الذي ينعكس في التحول من المنطق الخاص للمسترشد إلى الاهتمام الاجتماعي الزائد والرغبة في التعاون مع المرشد النفسي" مثلا: أريد أن أتعاون مع المرشد النفسي وأنصت إليه لأنه ممتع". متى حدث "تحول الذات" فإن المرشدين النفسيين يمكن أن يساعدوا المسترشدون على الوصول إلى العالم الخارجي للآخرين وذلك بمخاطبة مشكلاتهم مباشرة "مثل مساعدة الطفل التوحدي في تعلم المهارات اللغوية" ثم، يمكن للمرشدين النفسيين العمل مع الكبار المهتمين الآخرين مثل الوالدين والمعلمين لمساعدتهم على الإرتباط الفعال بالأطفال والمراهقين من خلال تطبيق منهج الوصول إلى العالم الداخلي للطفل أو المراهق" والعالم الخارجي "للآخرين".

الملحوظة الشخصية التالية "تم وصفها في الفصل الأول في ملحوظة شخصية تتعلق بفن الإرشاد النفسي" توضح كيفية الوصول إلى عالم الطفل، وتشتمل على طفلة في الصف الأول، وضعت في فصل للمتخلفين عقليا كما أوضحنا، فإنه قد تم تشخيصها خطأ ولم تكن متخلفة بل كانت توحدية.

ملحوظة شخصية

عندما رأيت لأول مرة، لم أكن أدري أنها توحديه. أحضرت لها ألعاب ودمي لجلب مواد مفهوم الذات وأنشطة أخرى. تمثلت فكرتها في استخدام الدمى في أنها كانت تلقيها جميعا في كومة، وتعاود إلقاءها إذ لم تقع على غيرها من الدمى الأخرى "هذا الأسلوب شائع لدى التوحديين" أثناء محاولتي للدخول إلى عاملها "العالم الذي تشعر فيه بالأمان، ويمكن أن يفهمها الآخرون"، طوقت ذراعي حول كومة الدمى لتصبح تماماً مثل شبكة لكرة السلة، قمت بعمل ذراعي دائرة حول كومة الدمى، وصحت "نقطتان" عندما ألقت بواحدة في دائرتي. ومع الوقت شعرت بالأمان معي، وبدأت ترحب بصحبتي. استخدمت هذا الاهتمام لتشجيعها على الوصول إلى عالم الآخرين من خلال تعزيز نمو اللغة لديها، وفي النهاية إيجاد طرق لمساعدتها على كسر بعض جمود عالمها التوحدي.

على مدار السنين، تأملت في هذه الحالة، وتوصلت إلى اعتقاد بأن الإرشاد النفسي ما هو إلا عملية الوصول إلى العالم الداخلي للفرد، والعالم الخارجي للآخرين. بداية في الإرشاد النفسي، وجدت طرقا للوصول إلى عالم المسترشد مع الأطفال يمكن أن يكون من خلال العلاج النفسي باللعب، ومع الكبار، ربما العلاج النفسي بالفنون الإبداعية أو مهارات الاستماع لاكتشاف المعنى الشخصي لقصصهم. بعد فترة من الزمن، حققنا علاقة إرشادية موجبة تقدم أساسا لتشجيع المسترشدون على الوصول للعالم الخارجي في اتجاهات جديدة، وتوسيع آفاتهم وتعزيز النمو الأمثل.

المشكلات الخاصة للأطفال والمراهقين

SPECIAL PROBLEMS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

هذا الجزء يستعرض بعض المشكلات الخاصة التي يمر بها الأطفال والمراهقون: إساءة وإهمال الطفل، والاكتئاب، والسلوك المضاد للمجتمع. لكل نوع من أنواع المشكلة، نعرض معلومات عن الحدث، والتقييم، والأسباب، والتأثيرات والعلاج.

إساءة الطفل وإهماله Child Abuse and Neglect

كانت هناك إساءة في معاملة الطفل وكذلك إهمال له على مر التاريخ، الا انه لم يعرف إهمال الطفل وسوء معاملته حتى عام 1960، حيث اعترف بأنها مشكلات اجتماعية تتطلب علاجاً شاملاً (Wolfe, 1988) هذا الجزء يراجع بعض القضايا المرتبطة بسوء معاملة الطفل وإهماله.

الحدث: إن حدث إهمال الطفل وسوء معاملته يزداد بمعدل مرعب في الولايات المتحدة، مع تقديرات عالية تصل إلى 2 مليون طفل في السنة (Papalia & Olds , 2001) الإساءة النفسية قد تكون الأكثر انتشارا، والشكل المدمر من أشكال إساءة الطفل (Dworetzky, 1996). كما أن هناك إساءة جنسية يتعرض لها كثير من الأطفال (Papalia & Olds , 2001). إن حدث الإساءة الجنسية في الولايات المتحدة مذهل. تشير التقديرات الحالية إلى أن فتاة من كل أربع فتيات، وفتى من كل سبعة إلى عشرة فتيان يتعرضوا للإساءة الجنسية قبل الوصول إلى سن 18 عاما (England & Thompson, 1988).

التقييم: التعرف المبكر والعلاج المبكر للطفل المساء إليه والمهمل يساعد في تقليل التأثيرات السلبية على الطفل. فيما يأتي نقدم العلامات التحذيرية للأشكال المختلفة لإهمال الطفل وسوء معاملته (Salkind, 1994)

- الإساءة الجسدية: علامات على الحروق، الكدمات والخدوش وكسر العظام.
- إهمال الطفل: ضعف الصحة، وضعف النظافة الشخصية وكثرة الغياب عن المدرسة.
- الإساءة الجنسية: استخدام الألفاظ الجنسية الصريحة، الكوابيس، الأذى الذي يلحق بالأعضاء التناسلية، والأمراض التي تنقل عبر الجنس .
- الإساءة النفسية "الوجدانية": الاكتئاب انخفاض تقدير الذات، الشكاوى الجسمية مثل الصداع، وآلام المعدة، والخوف من الكبار.

إن تقييم إساءة وإهمال الطفل عملية متعددة المراحل (Wolfe, 1988) فهي عادة تبدأ ببيانات انطباعية من المصدر المحيل للحالة. هذه المرحلة يتبعها تعديل للمعلومات أثناء المقابلة مع الوالدين والطفل (Wolfe , 1988). معظم المعلومات الأولية التي تتعلق بأداء الوالد والطفل يمكن الحصول

عليها في مقابلة شبه منظمة مع الوالد(Wolfe , 1988) يمكن استخدام مقابلة الوالد والدليل التقييمي لبناء المقابلة وتقديم معلومات عن الخلفية الأسرية، والعلاقة الزوجية، ومجالات الضغوط والدعم، وأعراض المرض (Wolfe , 1988). يمكن استخدام أدوات عديدة لقياس اتجاهات الوالدين عن موضوعات ترتبط بالزواج والأسرة. تحدد قائمة إساءة الطفل (Kilner, 1986) النماذج الأسرية المرتبطة بإساءة الطفل . كما يقيس مقياس مستوى المعيشة للأطفال (et al ,1988 Polansky) (درجة التأثيرات الإيجابية والسلبية في البيت، كما أنه مفيد على وجه الخصوص في قياس الإهمال (Wolfe , 1988).

الأسباب: توضح البحوث أن إساءة الطفل تنتج من تفاعل محقق للأحداث، يلخص وولف (1988) البحوث، حيث ذكر أن إساءة الطفل نوع خاص من أنواع العدوان التي تنتج من الأحداث القريبة والبعيدة.

الأحداث القريبة هي تلك الأحداث التي تعجل من إساءة. فالحدث القريب يمكن أن ينطوي على سلوك الطفل، أو صراع الشخص الكبير الذي يستثير الإساءة. فالسلوكيات العادية للطفل التي يمكن أن تستثير إساءة الطفل هي (العدوانية - سوء السلوك غير المحدد، الكذب، والسرقة (Kadughin & Martin , 1981)

كما أن المشكلات الزوجية والطلاق ترتبط بإساءة الطفل (Straus et al ,1980). أما الأحداث البعيدة فهي تلك التي ترتبط - بشكل غير مباشر - بالإساءة للطفل، وتشتمل هذه العوامل على الحالة الاقتصادية والاجتماعية المتدنية، والفقر، قلة الفرص التعليمية والوظيفية البيئة الأسرية غير المستقرة، الازدحام، وارتفاع مستوى الضوضاء، والبطالة (Wolfe , 1988).

حاولت بحوث أخرى تحديد خصائص الوالدين المسيئين كوسيلة لفهم أسباب إساءة الطفل، يميل الوالدان المسيئان إلى أن يكونا قد أسيء إليهما في طفولتهما، كما أن لديهما صعوبة في مجابهة الضغوط، ويعانيان من مشكلات تعاطي المواد المخدرة، وغير ناضجين، ولديهما توقعات غير واقعية عن الأطفال، ولديهما أطفال من ذوى الحاجات الخاصة التي تحتاج إلى جهد ووقت إضافي (Tal-butt , 1986). بالإضافة إلى ذلك فإن لصفحة النفسية المماثل للوالدين المعرضين لخطورة إساءة الطفل يصفهما بأنهما صغيران، لم يتعلما بشكل جيد، يعيشان في الفقر، ومعزولين اجتماعيا، ولا يشعران بدعم الآخرين ولا مساعدتهم (Sroute&cooper , 1996). الأمهات المسيئات يملن أن يكنّ ذوات اتجاه سلبي نحو الحمل مقارنة بالأمهات غير المسيئات، فإن لديهن فهم ضعيف عما تعنيه رعاية الطفل، كما أنهن لا يخططن للحمل، كما لا يحضرن فصولا عن ميلاد الأطفال، ولديهن توقعات غير واقعية عن تربية الطفل.

التأثيرات: الإهمال الجسدي الذي ينتج عن عدم الوفاء بحاجات الطفل الأساسية مثل الطعام، والمأوى يميل إلى أن ينتج نقص الكفاءة في التعامل مع مهام الحياة اليومية مثل النظافة الشخصية، غالبا ما تنتج الإساءة الجسمية والحرمان الوجداني من مشكلات سلوكية ووجدانية مثل تجنب المودة

في العلاقات، والعدوانية من الزملاء، ومشاعر متبلدة أيضاً قد ينمو لدى الأطفال المساء إليهم نفسيا سمات عصبية، واضطرابات سلوكية، وتصور سلبي عن الذات، وعلاقات مشوشة مع الآخرين (Craig , 2002 , Hart & Rassard , 1987)

الإساءة الجنسية يمكن أن يكون لها تأثير ضار، وباقية طول العمر فالأطفال الذين تعرضوا للإساءة الحسية غالبا ما يعانون من اضطرابات نفسية، حيث ينطبق على 48٪ منهم معايير الدليل الإحصائي التشخيصي لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (Putman , 2004). هناك عدد من الأعراض ترتبط بالإساءة الجنسية للطفل، واضطراب ضغوط ما بعض الصدمة :

- ردود الفعل المعبرة عن الخوف، والتجنب الخوفي من الرجال.
- إعادة تصور الحدث المؤذى خلال الكوابيس، واللعب الضار والأفكار الاقتحامية.
- الانفصال : أو الحالة المتغيرة من الوعى " يمكن أن تشتمل على فقدان الذاكرة، المشي أثناء النوم، وحالات الغشيان " تسهم في فقدان الذاكرة وفقدان الهوية الشخصية.
- تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة من خلال الكبت المصرفي والتجنب السلوكي، وتقويض الأداء ككل.
- الانفصال الوجداني الذي يتسم بتبلد الحس أو الوجدان .
- الشعور السلبي عن الذات " لوم الذات، وانتقاص فعالية الذات " والمستقبل.
- حالة مرتفعة من الإثارة تشتمل على مشكلات النوم، واستجابة الترويع المفرطة، وقلة التركيز والعدوانية.

يذكر بولتمان (2009) أنه من الشائع بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية أن تكون لديهن تصورات أو تفكير في الانتحار، ولديهم اضطرابات متعددة. الاضطرابات التي تحدث مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هى: النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، اضطرابات المزاج الاكتئاب الرئيسي "واضطرابات القلق" مثل: الفوبيا الاجتماعية"، يري بولتمان "أنه من الضروري الحصول على تشخيص دقيق، وتشخيص مخاطر الانتحار الممكنة، ومخاطبة هذه القضايا الإكلينيكية إذا دعت الضرورة هناك عدة طرق يمكن أن يجعل الإساءة الجنسية تحطم الطفل (O'Brien, 1983):

التأثيرات النفسية: التجارب الجنسية قد تربك الأطفال لأنهم غير قادرين على فهم المشاعر الوجدانية القوية المرتبطة بالجنس.

تقدير الذات المنخفض: قد يلوم الأطفال أنفسهم لسماحهم بالاتصال الجنسي أو قد يشعرون بقذارة أنفسهم أو الخجل من أنفسهم نتيجة هذه التجربة.

الاستغلال: الأطفال المساء إليهم جنسيا قد يشعرون بأنهم قد استغلوا، وبالتالى ينمو لديهم شعور العدائية، والاتجاهات السلبية نحو الآخرين.

سرعة التأثر: نظرا لأن الأطفال يعتمدون على الكبار، فإنهم يثقون بالكبار وعندما تكسر هذه الثقة، فإنهم ينمون اتجاها سلبيا نحو سرعة التأثر، مما يجعل من الصعب تنمية الثقة والمودة في علاقاتهم.

وجهة نظر مشوهة عن الجنس: من الطبيعي أن ينمو لدى الأطفال المساء إليهم جنسيا اتجاها سلبياً نحو الجنس، عندما يكبرون، فإنهم يجتنبون الجنس أو يصبحون مشوشين بشأن الجنس.

اختراق خصوصية الطفل: بعد اكتشاف العلاقة الجنسية السفاح، لابد أن يتعاون الطفل مع السلطات.هذا الخرق لخصوصية الطفل يمكن أن يستثير القلق والصدمة.

النمو الخلقي المشوه: الإساءة الجنسية غالبا ما تحدث بين سن 9 و11 عاما وهذا هو الوقت الذي يتشكل فيه النمو الخلقي للطفل، وبالتالى قد يصبح الأطفال مشوشين بشأن ما هو صواب وما هو خطأ عندما يسمح لشخص كبير أن يخترقهم جنسيا.

الملحوظة الشخصية التالية توضح إلى أي مدى نصعب على الطفل التعامل بوعى مع صدمة الإساءة الجنسية.

ملحوظة شخصية

عندما كنت أخصائي نفسي في أحد المستشفيات، عملت مع العديد من الفتيات اللاتي ولدن أطفالا نتيجة للعلاقات الجنسية مع الآباء " محارم " كانت هذه الفتيات تستخدمن الإنكار كوسيلة لمجابهة ما حدث على سبيل المثال، التقيت مع فتاة في الرابعة عشر عاما من عمرها قبل أن تلد طفلها بيوم واحد. أنكرت الفتاة أنها حامل أصلا، وبعد الولادة قالت بأن الطفل ليس ابنها. هذه المريضة كانت بحاجة إلى إرشاد نفسي وعلاج نفسي لتنمية المنهج الواقعي لموقفها.

العلاج: ينطوى العلاج المفيد جدا بالنسبة للوالدين المسيئين – على مهام " إعادة بناء العلاقات الاجتماعية " والذى يساعد الوالدين في التغلب على العزلة وتعزيز العلاقات الشخصية والدعم الشخصي قد تشتمل الجهود على تشجيع الوالدين على الالتحاق بمجموعات المساعدة الذاتية، يمكن تعزيز العديد من البرامج الوقائية في المدرسة (Brockman,1987) بما في ذلك تعليم الكبار، والتدريب الشخصي للطلاب، مناهج دراسية عن الجنس والوالدية في المدرسة، ومتحدثون للطلاب من منظمات مثل منظمات المساعدة الذاتية.

وعلى الجانب الآخر، يذكر تومسون ويلكوس (1995) أن هناك عدم ثقة في الأدلة التجريبية التي تؤيد نظرية العزلة الاجتماعية للطفل المساء إليه، وذكر العديد من أمثلة الوالدين الذين قدم لهم الدعم الاجتماعي، ومع ذلك ما زالوا منخرطين في الإساءة الجنسية بسبب ضغوط أخرى جديدة "مثل مشكلات تعاطى المخدرات" كما أشار هذان الباحثان إلى أن إساءة الطفل وإهماله مشكلة غير نظامية لابد من التعامل معها من خلال البحوث وفرق التدخل التي تتألف من أفراد من فروع العلم

المختلفة مثل علم النفس، الخدمات الاجتماعية، وعلم الاجتماع لأن هذه الفرق يمكن أن تحصل على فهم أكثر شمولية عن الأسباب واستراتيجيات العلاج المرتبطة بسوء معاملة الطفل.

كما يتعين توجيه الجهود العلاجية نحو الطفل المساء إليه، قد يكون الإرشاد الجمعي فعال - على وجه الخصوص - في العمل مع الأطفال المهملين والمساء إليهم (Damon & waterman , 1980)، وكذلك المراهقين (Hazzard et al., 1986)، وذلك لتعزيز تقدير الذات، والتغلب على مشكلات الثقة، تصحيح المعارف المشوهة وتعزيز مهارات الضبط الذاتي (kitchur & Bell , 1989). لقد استخدم العلاج النفسي باللعب بشكل كبير مع الأطفال المساء إليهم (While & Allers, 1994).

تبين مراجعة الأدبيات نموذجا فريدا للسلوكيات التي ظهرت في إجراء العلاج النفسي باللعب مع الأطفال المساء إليهم. بعض هذه السلوكيات تشمل عدم النضج النمائي، العناد، والعدوانية، الانسحابية والسلبية، وسلوك الانتقاص من الذات، وسلوك إلحاق الأذى بالذات، السلوك الجنسي، شدة الحرص، والانفصال "الرفض غير الواعي للإساءة" إن طبيعة اللعب فريدة، فالأطفال المساء إليهم غير خياليون في لعبهم، كما أن اللعب - فيما يبدو - لا يخفف من قلقهم.

الاعتبارات العلاجية الخاصة التي ترتبط بالإساءة الجنسية تشتمل على نموذج ثلاثي العوامل يطلق عليه نموذج الحل (Crenchuck - Tomiuk et al, 1990). هذه المراحل الثلاثة هي:

أ) المرحلة الاعتراضية.

ب) المرحلة الوسطى.

ج) مرحلة الحل.

يميز هذا النموذج بين قضايا العلاج للطفل، والوالد غير المسيء، والوالد المسيء كما يلي:

"يشعر الطفل بأنه المسؤول عن الإساءة أثناء المرحلة الاعتراضية، ويشعر بالغضب ويمر بأعراض ترتبط باضطراب الضغوط ما بعد الصدمة أثناء المرحلة الوسطى، ويتلاشى شعوره بالمسؤولية عن الإساءة الجنسية، ولا يمر بخبره بالأعراض الإشكالية أثناء مرحلة الحل".

الوالد غير المسيء ينكر حدوث الإساءة الجنسية، ويلوم الطفل على الإفصاح، ويدافع عن المسيء أثناء المرحلة الاعتراضية، يعتقد بأن الإساءة قد وقعت، ويبدأ في الوقوف بجانب الطفل أثناء المرحلة الوسطى، ويصبح حليف إيجابي للطفل ويعمل من خلال الذنب المرتبط بعدم حماية الطفل أثناء مرحلة الحل. المسيء يرفض المسؤولية عن الإساءة، وينكر حدوثها أثناء مرحلة الإعتراض، ويعترف بالإساءة ويلوم الطفل أثناء المرحلة الوسطى، ويعترف بالمسؤولية عن الإساءة ويحقق دورا والديا أكثر إيجابية أثناء مرحلة الحل.

يوصي نموذج الحل بأن الإرشاد الجمعي والفردي يمكن أن يكون مفيد أثناء مرحلة الاعتراض. ولا ينبغي استخدام الإرشاد الأسري والزواجي حتى الوصول إلى المرحلة الوسطى أو مرحلة الحل، وينبغي أن يدمج الطفل فقط إذا كان الطفل مستعدا لذلك. بعض الخطوط الإرشادية التي يمكن للمرشدين النفسيين استخدامها مع الأطفال المساء إليهم جنسيا تتمثل في أن المرشدين النفسيين ينبغي أن يضطلعوا بدور الدفاع عن الأطفال المساء إليهم جنسيا، يساعدوهم في التغلب على مشاعر الذنب، والتأكيد على أن الإساءة لم تكن خطأهم، وأنها سوف تتوقف، واستخدام أسئلة ذات نهاية مفتوحة عند تقييم الإساءة الجنسية، ولذا يتجنبون الأسئلة القيادية، ويأخذون اتهاماتهم على محمل الجد حيث يميل الأطفال إلى عدم إنكار الإساءة الجنسية، وأن الأذى النفسي يمكن أن يحدث إذ لم يتم أخذ هذه الاتهامات على محمل الجد (Engiand & Thompson,1988) .

هناك أيضا استراتيجيات إرشادية أخرى يمكن استخدامها في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المرتبط بالإساءة الجنسية، وهى: العلاج النفسي باللعب والرسم، ويمكن من خلالها تيسير التعبير عن الصدمة المرتبطة بالإساءة الجنسية، يعتقد أن العلاج السلوكي - المعرفي هو المنهج الأكثر فعالية في علاج أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. على سبيل المثال، يمكن أن توجه الاستراتيجيات السلوكية المعرفية نحو التغلب على الارتباك المعرفي والذكريات الاقتحامية للإساءة، أيضاً يمكن إدخال الإرشاد الجمعي في الخطة العلاجية لتعزيز مهارات المجابهة، واستراتيجيات حل المشكلات ودعم التغير، والتشجيع (Putman , 2009)

الاكتئاب Depression

الاعتراف بالاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين حدث حديث نسبياً (Petersen et al , 1993 , Wag-ner , 1994 , 1996). هذا الجزء يراجع بعض القضايا الرئيسية المرتبطة بالاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين:

الحدث Incidence : تشير البحوث إلى أن الأطفال لديهم القدرة - مثل الكبار - على المرور بتجربة الاكتئاب الإكلينيكي (Alper, 1986, kovac, 1989) لقد تبين وجود اكتئاب خطير لدى صغار الأطفال (Field et al ,1988 , spitz , 1946) وأطفال ما قبل المدرسة والأطفال بالغي سن المدرسة (Petersen al.,1993,Rice& Mayer,1994,Wagne,1996) والمراهقين (Diydon & Gotlib, 1985) واحد من كل ثماني مراهقين (10 -19 سنه) لديهم اكتئاب (Dixon et al, 2009) متوسط الفترة الزمنية للاكتئاب الرئيسي لدى الأطفال والمراهقين هو من 7-9 أشهر، والاكتئاب المزمن بشكل ضعيف فيستمر لأكثر من ثلاث سنوات (kovac , 1989) أما اضطرابات الهوس في شكلها الكلاسيكي، فنادرة ومن الصعب تشخيصها بدقة لدى الأطفال والمراهقين (Stroberet al,1989) يبين استعراض الاضطراب ثنائي القطب أن الأطفال يمرون بمعدلات مرتفعة من الاضطراب ثنائي القطب أكثر مما كان يعتقد في الماضي (Hammen & Rudolph , 2003) من الواضح أن هذا الاضطراب مبالغ في

تشخيصه لأن الأطفال لا تظهر عليهم الأعراض التقليدية للاضطراب ثنائي القطب التي يمر بها الكبار. على سبيل المثال، يمكن للأطفال أن تتكرر معهم الحالات الاكتئابية الهلوسية في يوم واحد " مقابل الكبار الذين يقضون أياماً في كل حالة " بالإضافة إلى ذلك، لا يمر الأطفال بحالات الشعور بالنشاط والخفة والمبالغة في الحماقة التي تعتبر شائعة لدى الكبار ذوى الاضطراب ثنائي القطب، إن صعوبة تشخيص الاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال ترتبط بمدى واسع من الأعراض النفسية، بما في ذلك التحولات المزاجية السريعة التي تتميز في الغالب بشدة التوتر، والعدوانية، والغضب، والمشكلات الاجتماعية والتخريبية والأكاديمية، والذهان، والأوهام، وسلوكيات وأفكار الانتحار Ham-men & Rudolph , 2003 (إن الاضطراب ثنائي القطب يتزامن في الأعراض مع اضطرابات عقلية أخرى مثل النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، واضطرابات القلق، واضطراب العناد، وتعاطى المخدرات.

التقييم Assessment

كما أوضحنا في بداية هذا الفصل، فإن علم الأمراض النفسية النمائية يقدم إطار عمل لفهم كيف تتباين الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب – خلال فترة حياة الفرد "بما في ذلك فترة الطفولة وفترة المراهقة " بعض الأعراض الرئيسية المرتبطة باكتئاب الطفولة تشمل على ما يأتي -Sa) kolske& Janzen 1987 التغيرات في المزاج والوجدان هي المؤشرات الأكثر وضوحاً، ومن أمثلة ذلك أن الأطفال الذين يشعرن بالسعادة النسبية ولديهم تصور إيجابي عن الذات، هم الذين يأتون فجأة ويقولون بأنهم تعساء، ويشعرون بالحزن، وأنهم لا قيمة لهم . المؤشر الثاني هو أن الأطفال المكتئبين يظهرون عدم الاهتمام بالأنشطة التي كانت ممتعة من قبل مثل الهوايات والرياضة. كما قد يفتقدون إلى الاهتمام بالأصدقاء وأفراد الأسرة . تشتمل الأعراض الأخرى على الشكاوى الجسمية مثل الصداع وآلام البطن، واضطرابات النوم مثل الكوابيس، والتغيرات في الشهية، العمليات المعرفية المضطربة مثل صعوبة التركيز، والمشكلات في الدراسة والعلاقات التشجيعية . يظهر المراهقون المكتئبون أيضا علامات على عدم السعادة، كما أن لديهم مخاوف وقلق مثل الخوف من عدم الحب، أو عدم وجود أصدقاء، والقلق بشأن المظهر والعلاقات (Petersen et al. 1993)، بالإضافة إلى ذلك، يقدر أن المراهقين يمرون بالاكتئاب الخطير بمعدل يتفوق على معدل مرور الأطفال به (Petersen et al,1993).

لكي يتم تشخيص الفرد على أنه لدية اكتئاب خطير، فإن هذا الشخص "بغض النظر عن السن" لابد أن تنطبق عليه المعايير المتفق عليها . على سبيل المثال، يشتمل الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية (2000) على عوامل مثل المزاج المكتئب، وقلة القدرة على التعبير عن السعادة، وفقدان الوزن "أو الفشل في النمو لدى الأطفال"، وفقدان الطاقة، والتفكير في الموت، وهكذا يذكر الدليل الإحصائي التشخيصي أيضا أن "أعراضاً معينة مثل الأعراض الجسمية، الغضب، والانسحاب الاجتماعي شائعة لدى الأطفال، بينما التخلف النفسي – الحركي، وفرط النوم، والأوهام أقل شيوعا

في مـرحلة ما قبل البلوغ منها لدى المراهقين والكبار , American psychiatric association , 2000)
(p. 354

التشخيصات المتعددة "الأعراض المرضية المتزامنة" شائعة مع الأطفال والمراهقين المكتئبين. الاكتئاب تحت هذه الظروف يشير إليه الأطباء أحيانا على أنه "الاكتئاب الخفي" حيث تحجب تشخيصات أخرى أعراض الاكتئاب (kovac , 1989) يذكر الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية "الإصدار الرابع المعدل" أن الاكتئاب الخطير لدى الأطفال يحدث بشكل طبيعي مع اضطرابات نفسية أخرى - اضطرابات القلق، الاضطرابات السلوكية التخريبية، واضطرابات نقص الانتباه.

ترتبط الأعراض المرضية المصاحبة - في الغالب - بالاضطرابات النفسية مثل اضطرابات الأكل، اضطرابات تعاطي المخدرات، اضطرابات السلوك التخريبي (American psychiatric Association 2000 ،). الاضطراب ثنائي القطب صعب في التشخيص خصوصا لدى الأطفال لأنه يحدث بالتزامن مع أعراض حادة مثل الذهان، والاضطرابات مثل النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، واضطرابات القلق (Hammen & Rudolph, 2003) . يضع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه تحديا خطيراً للعملية التشخيصية لأنه يحجب الاضطراب ثنائي القطب.

تم تصميم العديد من الأدوات لتقييم الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين. على سبيل المثال، تم إعداد مقابلات تشخيصية لتقييم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين (Ed Elbrock & castello , 1998) معظم الأدوات الأخرى موجهة نحو الأطفال، وأكثرها استخداما قائمة الاكتئاب لدى الأطفال (Rovac,1984)، التي اشتقت من قائمة بيك للاكتئاب. هذه القائمة تقيس المكونات المعرفية، والوجدانية والسلوكية في الاكتئاب. أما الأدوات الأخرى فتشتمل على قائمة الاكتئاب القصيرة لدى الأطفال (Carlson & cantwell 1979)، مقياس الاكتئاب لدى الأطفال (Lang & Tisher , 1978) وجدول الاضطرابات الوجدانية والفصام للأطفال بالغي سن المدرسة (Chambers , et al. 1978) كل هذه الأدوات يشرحها كازدن (1986) تفصيليا.

الأسباب Causes

ارتبطت عوامل عديدة بالاكتئاب لدى الأطفال، بما في ذلك الوالدين الذين لديهم معايير عالية ولا يعبرون عن عواطف إيجابي نحو الطفل (Cole & Rehm, 1986)، الأطفال الذين لديهم مخططات معرفية سالبة يتم تشخيصهم بأعراض تقدير الذات المنخفض، واليأس، والعجز (Hammer & zu-pan,1984) تدني المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات (Altmann & Gotlib,1988). الأساس المرضي للاضطراب ثنائي القطب يرتبط في الأصل بالعوامل الوراثية (Hammen & Rudolph, 2003). الاتجاه الايكولوجي لصياغة مفاهيم مشكلات الصحة النفسية لدى الأطفال يعترف بتأثير "فقر الطفولة" (Wagner,1994). يذكر واجز (1994) أن 25٪ من الأطفال في سن الخامسة أو أقل

يعيشون في فقر، وعدد كبير من هؤلاء الأطفال ولدوا مع أم تعيش بمفردها، اي هي عائل البيت الوحيد. هذا "الفقر" يرتبط بإعاقة نمو الأطفال، وبالتأثير المدمر على الصحة النفسية (Wagner , 1994).

الأسباب الرئيسية لاكتئاب المراهقين (بعضها له صلة باكتئاب الأطفال) تشتمل على المعارف السالبة – المتشائمة، الاستعداد الوراثي الجينى (والد له تاريخ من الاكتئاب)، والعوامل النظم الاجتماعية مثل الضغوط البيئية المفرطة، مشكلات البيت (بما في ذلك الخلافات الزوجية والأسرية)، والمدرسة ومجموعة الأقران والأصدقاء (Petersen et al. ,1993).

الجدير بالذكر أن أحد أفضل المؤشرات على اكتئاب الكبار هو العلاقات المضطربة بين مجموعات الأقران أثناء المراهقة، فقد كشفت البحوث عن أهمية شبكة العمل الاجتماعية والصحة النفسية لدي المراهقين والتي تفترض أن المراهقين الذين يحسون بأنهم مهمون بالنسبة للآخرين كانوا أقل عرضة للاكتئاب والقلق (Dlxon et al, 2009). من المنظور الوجودى، فإن العلاج النفسي بالأدبيات لدى فرانكل يناسب تماما مخاطبة اكتئاب المراهق لأن المراهقة فترة تحدي للنمو حيث يكافح الشباب مع قضايا الوعى الذاتي، والهوية الشخصية، وضغوط الزملاء وتجربة تناول الكحول والمخدرات، والجنس (Blair , 2004). أثناء محاولة المراهقين لتعريف وجودهم، فإنهم قد يمرون بخبره الفراغ الوجودي أو نقص معنى الحياة المرتبط بعدم حياة الفرد وفقا لقدراته. المراهقون الذين يكافحون مع قضايا الهوية أثناء محاولتهم التعرف على ذواتهم، ويعطون المعنى لحياتهم - يمكنهم أن يمروا بأعراض الاكتئاب مثل الحزن واليأس (Blair,2004). من الممكن أن تنتج المشكلات المرتبطة بظهور الذات من المتطلبات المتصارعة مع مجموعات الزملاء للمراهق وتوقعات الوالدين.

التأثيرات EFFECTS

من الممكن أن يكون للاكتئاب في الطفولة والمراهقة نتائج خطيرة، ومعرفة مضطربة (kovacs et al,1988; , Peterson, 1993) مشكلات في التقدم الاجتماعي والتعليمي (kovacs et al, 1988, Petersen et al, 1993 والميول للانتحار (Garland& zugler,1993,kovacs,1989). يرتبط الاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال بالميول الانتحارية والاضطراب في العلاقات الاجتماعية والانجاز الاكاديمي، الضبط الذاتي، والقدرة على البقاء على التواصل مع الواقع (Hammen & Rudolph , 2003). حتى لو لم يصبح الفرد مكتئباً كطفل، فإن تجارب الطفولة يمكن أن تجعل الفرد عرضة للاكتئاب كشخص كبير. الأطفال الذين يعاصرون موت الأم قبل سن الحادية عشرة، أكثر عرضة من غيرهم للاكتئاب كأفراد كبار (Brown & Harris,1978)

العلاج TREATMENT

تتباين الاعتمادية العلاجية للاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب عند العمل مع الأطفال المراهقين. يمكن اعتماد الأدوية المضادة للاكتئاب في علاج الاكتئاب، على الرغم من أن هناك تقارير متناقضة

تتعلق بفعاليتها مع الأطفال (puig - Antich et al. 1987)، ويرى البعض أن مضادات الاكتئاب يمكن أن تزيد من مخاطر الانتحار لدى الأطفال والمراهقين.

هناك العديد من المداخل الإرشادية المتاحة لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال من بينها، المناهج المعرفية التي أثبتت فعاليتها (Reynolds & coats, 1986). المنهج الأخر في العلاج هو تعليم الوالدين لمساعدتهما الوالدين على تعلم المهارات لتعزيز البيئة الايجابية في الأسرة.العلاج النفسي باللعب خيار أخر، وهو يمكن الأطفال من العمل خلال تجارب الصدمة، وتعزيز المهارات الاجتماعية وصورة الذات.

يمكن تلخيص استعراض الاستراتيجيات الوجودية بناء على العلاج النفسي بالأدبيات لدى فراكل، والذي يمكن استخدامه في علاج الاكتئاب لدى المراهقين - كما يلي:

- ينبغي على المرشدين النفسيين بناء علاقة احترام وثقة من خلال الارتباط الوجداني مع المسترشدون والحفاظ على عدم فرض مواقفهم عليهم.
- ينبغي أن يساعد المرشدون النفسيون المسترشدون على فهم الغرض وراء الاكتئاب (مثلا : يمكن أن يخلق الدافع للاستكشاف والتغيير الذاتي).
- ينبغي أن يساعد المرشدون النفسيون المسترشدون في تحديد المفقود في حياتهم (الشيء الضروري للوصول إلى قدراتهم وإمكاناتهم الفعلية).
- ينبغي أن يخاطب المرشدون النفسيون قدرات المسترشدون، ومواهبهم، واهتماماتهم، والتي يمكن استخدامها لتحقيق التغيير المطلوب.
- ينبغي أن ييسر المرشدون النفسيون بحث المسترشدون عن المعنى بالتأكيد على أن لديهم الاختيار، أنهم أحرار فيه، وفي النهاية يتحملون مسؤولية اختيارهم.

يري ويكسون ورفاقه (2009) أنه نظراً لارتباط القلق والاكتئاب لدى المراهقين بالاهتمام بالآخرين، فإن المرشدين النفسيين يمكن أن يستكشفوا كيف يدرك المراهقون علاقاتهم مع الآخرين في هذه العملية، يمكن أن يستكشف المرشدون النفسيون المدركات التي تتعلق بمجموعات الزملاء، والأصدقاء، والأسرة لتعزيز نظم الدعم الاجتماعي، والمعنى الشخصي، والصحة النفسية، أجرى ماركاتي وآخرون (2008) بحثا نوعياً، ينطوى على مقابلة شخصية مع الشباب الذين تم تشخيصهم ومعالجتهم من الاكتئاب الخطير عندما كانوا مراهقين. من الموضوعات التي ظهرت في هذه الدراسة ما يلي:

- مجرد الحديث عن الاكتئاب كان كافيا.
- أدى الإرشاد النفسي إلى تخفيف الاكتئاب، واعتبر أفضل من العلاج الدوائي.
- يقدم الأصدقاء دعما هاما.
- يلعب الوالدان دورا هاما (حيث كانوا مشاركين في عملية الشفاء).

تحتاج الاضطرابات ثنائية القطب لدى الأطفال والمراهقين إلى اعتبارات علاجية خاصة. أهم قضية علاجية هي التشخيص الدقيق في الحقيقة، يشير بعض الأطباء المعالجين إلى أن الكشف المبكر والعلاج المبكر للاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال يمكن أن يقللا من تأثيرات الاضطراب، وأن سوء التشخيص يمكن أن يجعل الاضطراب أكثر سوء (Hammen & Rudolph, 2003) مع ذلك فإن التشخيص الدقيق للاضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال يمكن أن يكون مهمة صعبة، حيث - كما ذكرنا - يصاحبه أعراض للاضطراب مثل النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، ومدى واسع من السمات النفسية مثل التغيرات المزاجية الحادة، والغضب.

يمكن أن يلعب العلاج الطبي دورا رئيسيا في علاج الاضطراب ثنائي القطب. ومع ذلك، فمن الممكن أن يحقق نظام علاجي فعال تحدياً، مع العلم بأن العلاجات الطبية المستخدمة في علاج الإضطراب قد تمنع من علاج آخر مستخدم لعلاج الاضطرابات الأخرى المصاحب له. على سبيل المثال الأدوية المضادة للاكتئاب قد تستثير الهوس المعتدل، والدورة السريعة المرتبطة بالاضطراب ثنائي القطب، والمحفّزات النفسية المستخدمة في علاج النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه يمكن أن تكون لها تأثير عكسي على الاكتئاب والهوس (Hammen & Rudolph, 2003) .

الانتحار Suicide

انتحار الطفل والمراهق مشكلة خاصة لها نتائج بعيدة المدى تمتد إلى ما بعد ضحية الأسرة، والمجتمع، والبيئة المحلية. فهو ظاهرة معقدة ترتبط بعوامل مثل الاكتئاب. هذا الجزء يراجع بعض توجهات البحوث عن الانتحار بين الأطفال والمراهقين "تلي" كابوزى و نيستول (1986)، جولدمان و بيردسلي (1999)

الأحداث INCIDENCE. لقد تزايدت معدلات الانتحار بالنسبة للأطفال والمراهقين بشكل كبير منذ عام (1950) على سبيل المثال، قام 2.7 فرد من كل 100000 فرد بالانتحار في عام (1950)، 5.2 من كل 100.000 فرد عام (1960)، 13.8 من كل 100.000 فرد عام (1994). معدل الانتحار بالنسبة للأطفال قرابة عشر المعدل بالنسبة للمراهقين. بين الأطفال، يعد الانتحار السبب الخاص المؤدي إلى الموت، بينما هو السبب الثالث بالنسبة للمراهقين .هناك حقيقة مؤداها أن معدلات الانتحار بين الأطفال قد تضاعفت في السنوات الأخيرة.

يعزى تباين معدلات الانتحار بين الأطفال والمراهقين إلى عدة عوامل الأطفال لديهم قدرة أقل على التخطيط لإنتحار ناجح وتنفيذه مقارنة بالمراهقين، ويرجع ذلك -جزئيا- إلى المستوى الأقل من التوظيف المعرفي، والحقيقة التي مفادها أن الأطفال يصعب عليهم الوصول إلى الأسلحة المميتة. كما أن الأطفال لديهم مشكلات أقل مع مشاعر العجز واليأس، وهي المشاعر المرتبطة بالانتحار، بما أنهم يعيشون في الحاضر، وبالتالي فهم لا يعتقدون بأن مشاعر العجز واليأس ستستمر بالإضافة إلى ذلك، يميل الأطفال إلى أن يكونوا أكثر ارتباطا بمشاعر اليأس لأن الطفولة تتسم بمستويات عليا من

الاعتمادية من أجل البقاء. كما يمكن عزو معدلات الانتحار المنخفضة لدى الأطفال إلى مراقبة الوالدين لهم عن قرب أكثر من المراهقين.

يتباين حدوث الانتحار وفقا للجنس، التوجه الجنسي، والثقافة تدفع الإناث للتفكير في الانتحار وتحاوله بمعدلات أعلى من الذكور (4:1، 3:1 على التوالى)، ومع ذلك يقوم الذكور بانتحار ناجح أكثر من الإناث (1:5) وقد يرجع ذلك جزئيا إلى أن الذكور يستخدمون طرق انتحار عنيفة مثل الأسلحة الفتاكة، في حين تلجأ الإناث إلى الأقراص، مما قد يؤدى إلى تدخل علاجي ناجح أيضا يرتبط التوجه الجنسي بمخاطر الانتحار. فمقدار الانتحار الناجح مرتفع لدى اللواطيين، والسحاقيين أكثر من غيرهم في هذه الحالات، فإن قله تقبل الأصدقاء، والأسرة، والمجتمع للتوجه الجنسي جميعها تشكيل الهوية أثناء المراهقة. كما ترتبط الثقافة بالمعدلات المختلفة من انتحار الأطفال والمراهقين . فالأمريكان الأصليون لديهم أعلى معدل في الانتحار، ويليهم الانجلو، ثم الأمريكان من أصل أفريقي. فيما يبدو أن معدلات انتحار الشباب الأمريكان الأصليين عالية في القبائل التي لديها تأكيدا أقل على القيم التقليدية.

التقييم ASSESSMENT. ينطوى تحديد الطريق إلى انتحار الطفل والمراهق على مجموعة معقدة من العوامل سرعة التأثير الزائدة ترتبط بعلم أسباب الأمراض النفسية مثل الاكتئاب، وتعاطي المخدرات، والضغوط من مشكلات المعيشة (مثلا : حمل المراهقة)، والأسباب الأسرية مثل الخلل الوظيفي الأسري، والعنف، والإساءة، ونقص مهارات المجابهة وحل المشكلات، ونظم الدعم الوجداني، الاجتماعي غير الكافية، يتبين تقييم الانتحار من خلال (الوسيلة، الدافع، الخطة، النية) على سبيل المثال، المراهق الذي يصر على أنه يريد قتل نفسه بسبب فشل معين قد يكون لديه النية والدافع . لو تبين وجود بندقية مشحونة في سيارته، إذا هو يمتلك الوسيلة والخطة، وبالتالي يعتبر عرضه بشكل كبير لخطر الانتحار.

الأسباب CAUSES. يمكن فهم الانتحار من عدة اتجاهات. النموذج الكيميائي الحيوى يقوم على عدم التوازن الكيميائي المرتبط بالاكتئاب ومخاطر الانتحار يركز الجانب النفسي على مشاعر مثل العجز واليأس، وكيف يمكن للطفل أو المراهق رؤية الانتحار على أنه طريقة للتخلص من مشكلاته تشير النظرية النمائية إلى أن الطفل أو المراهق يمكن أن يرتكب الانتحار استجابة للصراع على تشكيل الهوية.

التأثيرات EFFECTS. إن تأثيرات الانتحار تتجاوز الضحية، حيث تؤثر على الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي والمجتمع ككل. يترك المحبوبون ليكافحوا مع مدى واسع من مشاعر مثل الغضب، والذنب أيضا من المألوف للأصدقاء وأفراد الأسرة أن يقضوا وقتا وطاقة في التساؤل عن أسباب ارتكاب الفعل، وعما إذا كان هناك ما يمكنهم فعله لمنع الانتحار .

العلاج TREATMENT. تلعب الوقاية من الانتحار دورا رئيسيا في العلاج .لابد من تقييم ومراقبة الأطفال والمراهقين بخصوص أفكار وأفعال الانتحار، والوالدان، والعاملون في المدرسة جزء هام في هذه العملية . أى طفل تبدو عليه علامات الحزن أو الاكتئاب لابد من إحالته إلى المرشد النفسي المدرسي الدافع للإنتحار، يمكن أن تقوم المدرسة بأفعال وقائية أخرى مثل تعزيز خصائص المرونة لتعزيز آليات المواجهة الضغوط. متى تم تحديد الطفل أو المراهق على أنه انتحاري، يمكن استخدام عقود الانتحار التي تتطلب من الوالدين، والطفل / المراهق إبلاغ مشرف الصحة النفسية إذا تبين أن الطفل / المراهق انتحاري. لابد من اعتبار الإيداع في المستشفي والعلاج عندما تكون هناك علامات على مخاطر الانتحار ظهرت على الطفل / المراهق. متى ثبتت أفكار الانتحار لدى المراهق / الطفل، يمكن أن يركز المرشد النفسي على تحديد العوامل السببية الأساسية المرتبطة بالميول الانتحارية يمكن أن يوجه العلاج نحو حل هذه القضايا لتعزيز الأداء النفسي الإجمالي.

السلوك المضاد للمجتمع Antisocial Behavior

يشتمل السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال والمراهقين على تصرفات تخرق القواعد الاجتماعية الرئيسية – من بينها العنف والعدوانية، الإستقواء، والكذب، والسرقة، والهروب من أداء الخدمة (kazdin et al., 1989). هذا الجزء يراجع بعض القضايا ذات الصلة بالسلوك المضاد للمجتمع

الحدث INCIDENCE

يشير بعض الباحثين إلى أن الأطفال والمراهقين يتربون في " ثقافة العنف "، كما يظهر في المعدلات المرتفعة بشكل كبير من العنف الأسري، والأشكال الأخرى من الأنشطة المضادة للمجتمع (Weinhold ,2007, p.186). إن حدث انخراط الأطفال في السلوك المضاد للمجتمع بشكل كبير، وثلث إلى نصف الإحالات الإكلينيكية للصحة النفسية تنطوي على هذا السلوك (kazdin eta, 1989).

كما أن معدلات السلوك المضاد للمجتمع في شكل الجنوح مرتفعة أيضا، حيث إن 6٪ من الجرائم الخطيرة في الولايات المتحدة مثل الاغتصاب، والقتل، والاغتيال، والسرقة يقوم بها الصغار دون سن 15عاما، و16٪ يقوم بها المراهقون من سن 15–18عاما (Berger & Thompson , 2000) في جميع أنحاء العالم، يمكن القبض على الشخص أثناء المراهقة، والشباب المبكر أكثر من أى وقت أخر.

كما أن أحداث القتل بالرصاص تزداد في المدارس. على الرغم من أن هناك عوامل متعددة ترتبط بالعنف، إلا أن الإستقواء يلقى اهتماما كعامل مساهم في العنف المدرسي. الإستقواء سلوك عدواني متكرر، يتسبب في الضغوط للضحية، والسلوك اللفظي والجسمي الذي يزعج الشخص الأقل قوة (Goldstein, 19999, Nansel et al, 2001). تتباين أحداث الإستقواء مع العمر والأماكن، وتزدهر

فيما يبدو في المدارس المتوسطة والثانوية . فيما يبدو أن الإستقواء واسع الانتشار، ويؤثر على تلميذ من كل ثلاثة تلاميذ بين الصف السادس والصف العاشر (Nansel et al , 2001) . الأطفال والمراهقون الذين استقويّ عليهم غيرهم ربما يثأرون بالعنف بعد ذلك (wartik , 2001) فقد تبين أن اثنين ممن يطلقون النار في مدرسة كولمبين الثانوية كان ضحية الإستقواء من قبل.

التقييم Assessment. الأطفال والمراهقون الذين ينخرطون في سلوكات مضادة للمجتمع لمدة ستة أشهر على الأقل يميلون إلى تلقي تشخيص الدليل الأخصائي تشخيص للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع المعدل) لاضطراب السلوك أو اضطراب العناد. اضطراب السلوك اضطراب نفسي خطير يُكون الأفراد الذين يخرقون حقوق الآخرين أو قوانين المجتمع. معظم السلوكيات المرتبطة باضطراب السلوك تنطوي على " المواجهة المباشرة أو إفساد البيئة "وهى نفس نوع السلوك الذي أطلق باتيرسون (1982)، لوبر ولينج (1985) اسم " السلوك المضاد للمجتمع بشكل صريح"-McMa) hon & forehand , 1988 . 107). أما السمة الرئيسية لاضطراب العناد فهي أنه "نموذج متكرر من السلوك السلبي الانحرافي، المعاند، والمعادي نحو رموز السلطة، الذي يستمر لأكثر من ستة أشهر ويتميز بالحدوث المتكرر لأربعة سلوكيات على الأقل، وهى : فقدان المزاج، الجدل مع الكبار، رفض الإذعان لطلبات أو قواعد الكبار، فعل أشياء تضايق الآخرين عن قصد، لوم الآخرين على أخطاءه أو سوء سلوكه، ومن السهل أن ينزعج منَ الآخرين، غاضب وحانق حاقد أو بصاقاً" -American psychi) atric, Association, 2000, P.100).

هناك عدد من الأدوات التي يمكن استخدامها لتقييم السلوك المضاد للمجتمع، بما في ذلك العديد من المقابلات المنظمة، والتى صممت خصيصا للأطفال أحد هذه المقابلات هى: جدول المقابلات التشخيصي للأطفال، وهى مقابلة شديدة التنظيم يمكن استخدامها مع الأطفال من سن 6 – 18 عاما، ووالديهم (Costello et al., 1984) الدرجات تتطابق مع تشخيص الدليل الإحصائي التشخيصي لاضطراب السلوك واضطراب العناد. كما أن هناك العديد من مقاييس تقدير السلوك لتقييم السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال والمراهقين . يمكن استخدام قائمة الفحص لسلوك الطفل، وهى الأكثر انتشار – مع الأطفال من سن 2–16 عاما، وتقدم تقييما شاملا للأطفال المضطربين سلوكيا (Mc Mahon & forehand , 1988).

يتميز هذا المقياس بأن له صوراً متوازية للوالدين، والطفل والمعلمين والملاحظين كما يمكن استخدام قائمة فحص المشكلات السلوكية المعدلة لاكتشاف الميول نحو مشكلات السلوك، ومشكلات الشخصية، والجنوح وعدم النضج والانحراف أو الجنوح الاجتماعي. هذا المقياس يجيب عليه الوالدان والمعلمون .

يمكن أن ينطوى تقييم العدوانية على تحديد أنواع العدوانية يري ستراسبرج وآخرون (1994) أن هناك ثلاثة أنواع من العدوانية : الأداتي، التفاعلي الإستقوائي، ينطوى العدوان الأداتى على استخدام أداة العدوان بسبب التأثر بشخص أمسك به وهو يقوم بعمل شيء خطأ (مثلا شخص سرق أو يحاول سرقة شيء ما) أما العدوان التفاعلي فهو عدوان إندفاعي كرد فعل لطفل أخطأ وينطوى على عزو اللوم بدون فهم ما إذا كان الفعل مقصود أم غير مقصود أما العدوان الإستقوائي، فهو استجابة عدائية نحو الآخرين ليس لها ما يبررها المنظور المختلف عن العدوان الاستقرائي هو أن تراه على أنه عدوان فعال (Brown & parsons , 1998) العدوان الفعال هو استجابة اجتماعية مكتسبة مثل الاعتقاد بأن المشكلة لا تُحل إلا عن طريق العدوان - العدوان الفعال جيد التخطيط، وموجه بهدف، ويشتمل على الإستقوائي أو أفعال أخرى من العدوان لتحقيق الهدف المطلوب.

الأسباب CAUSES . يري باتيرسون وآخرون (1989) أن السلوك المضاد للمجتمع سمة نمائية تبدأ في الطفولة وتستمر غالبا إلى المراهقة والشباب هؤلاء الباحثون يستفيدون من المنظور التفاعلي - الاجتماعي، الذي يري أن أفراد الأسرة يدربون الأطفال على الانخراط في السلوك المضاد للمجتمع (Patterson,1982,Snyder,1977, whaler & Dumas, 1987) وفقا لهذه النظرية، فإن الوالدين لا يعززان - بشكل كافي - السلوك المؤيد للمجتمع أو يعاقبان - بشكل كبير - على السلوك الإنحرافي، ويتعلم الأطفال استخدام السلوكيات المعادية للمجتمع لمنع التدخلات البغيضة من أفراد الأسرة من الآخرين. ومن هذا المنطلق، يمكن النظر إلى السلوك المضاد للمجتمع على أنه إظهار لسلوكيات البقاء الضرورية لمواجهة الأسرة المختلة وظيفيا.

ترتبط أسباب العدوان باستخدام الوالدين للتوبيخ كمقياس تأديبي (Strassberg et ., 1994). فيما يبدو أن التوبيخ لا يرتبط بالعدوان الأداتي "يثار الأطفال لخطأ معروف بغض النظر عما إذا كانوا قد وبخوا" التوبيخ يرتبط بالعدوان التفاعلي. فالأطفال الذين وبخوا كانوا أكثر من الذين لم يُبخّوا في استخدام الاستجابة العدوانية للإثارة المقصودة أو غير المقصودة - أما العدوان الإستقوائي فيرتبط بالأطفال الذين تم عقابهم بقسوة .

يشير استعراض ماكماهون وفورهان (1988) للدراسات التي تحدد العوامل المرتبطة باضطرابات السلوك والسلوكيات المضادة للمجتمع إلى أن الأطفال ذوى اضطرابات السلوك يميلون إلى إظهار علاقات مضطربة مع أقرانهم (Achenback & edbrock , 1983)، يقرون - خطأ - النوايا العدوانية للآخرين (Milich & Dodge , 1982)، ولديهم قصور في مهارات حل المشكلات الاجتماعية (Asornow & calon , 1985)، ويعوزهم التعاطف (Ellis,1982)، وهم عرضة للنشاط الزائد (loeber & schmaling , 1985) والاكتئاب (Chiles et al.,1880)، ولديهم مستويات متدنية من الإنجاز الأكاديمي، ولديهم استعدادات خطيرة لتنمية الميول المعادية للمجتمع (kazdin, 1985)، كما أن الأطفال المعادين للمجتمع لديهم قصور أيضا في مهارات حل المشكلات المدنية التشخيصية (مثل صياغة الحلول للمشكلات)، ونمو معرفي مضطرب (مثل الاستغلال الخلقي) واستراتيجيات معرفية

لا تكيفية (kazdin et al ., 1989). كما وجدت سلسلة أخرى من الدراسات علاقة بين تأثير مجموعة الزملاء وتصرفات الجنوح، وتعاطى المخدرات (.,kan- Elhot et al , 1983 , Thuba& bentler , 1985 (del , 1973

التأثيرات، كثير من العوامل التي ينظر إليها على أنها أسباب للسلوك المضاد للمجتمع مثل الفشل الأكاديمي، ورفض الزملاء.

بإمكاننا أن نعتبرها بشكل دقيق تأثيرات (Patterson et al., 1989)، على سبيل المثال، أوضحت البحوث أن العدوانية لدى الأطفال تؤدي إلى الرفض من قبل مجموعة الأقران، وليس العكس Cale (& kupersmidt , 1983 , Dodge , 1983) . تميل تأثيرات السلوك المضاد للمجتمع إلى الاستمرار من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الكبر (kazdin et al., 1989). فالأفراد الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم اضطرابات السلوك المضاد للمجتمع يميلون إلى المرور بخبره المشكلات مثل الكبار، بما في ذلك السلوك الإجرامي، وتناول الكحولات، واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع. الأطفال الذين ينخرطون في السلوك المعادي للمجتمع عرضة أيضا إلى أن يكونوا من الجانحين (.,paterson et al 1989) . ما يقرب من نصف الأطفال المعادين للمجتمع يصبحون جانحين في مرحلة المراهقة، ونصف إلى ثلاثة أرباع المراهقين الجانحين يستمرون في الجنوح إلى مرحلة الشباب أيضا بل يصبحون مجرمين. إن ثمن الجنوح باهظ، حيث إن تخريب الممتلكات العامة في المدرسة وحدها يكلف 500 مليون دولارا سنويا((Feldman et al ,، 1981

كما أن هناك تأثيرا آخر للعدوانية لدى الأطفال / المراهقين وهو أن العدوانية تتحول إلى استقواء إذا كان للاستقواء مكافأة (إذا كان الطفل/ المراهق يفعل شيئا منكرا دونما أن يوقع عليه أي عقوبة) . يُعتقد أن ضحايا الإستقواء يتعرضون لمخاطر الانتحار، وربما ينخرطون في العنف الانتقامي من الآخرين (wartik , 2001)

العلاج **TREATMENT**. إرشاد الأفراد المعادين للمجتمع يمكن أن يكون مسعى صعبا ينطوي على محاولة وقف نموذج السلوك الذي بدأ أثناء مرحلة الطفولة وتحول إلى أسلوب حياة. وفي الوقت الذي يصبح فيه هؤلاء الأفراد مراهقون، فإن كثيراً منهم يكونون قد انضموا إلى عصابات، وبالتالى يصبح انسلاخهم من العمل مع العصابة شيء غير مرغوب فيه بل مستحيل إذا، ليس بمستغرب أن النجاح في التغلب على السلوك المعادي للمجتمع محدود (,kazdin , 1987 , Wilson & Hernstein 1985)، ومع ذلك، قد تبين من خلال صورة واحدة من صور العلاج - برامج التربية الخاصة - أن هناك بعض النجاح في علاج الشباب المعادين للمجتمع. في الولايات المتحدة الأمريكية، تقدم المدارس الحكومية خبرات تعليمية يتم الاشراف عليها بشكل دقيق للطلاب ذوي الاضطرابات الوجدانية الخطيرة والاضطرابات السلوكية الخطيرة (كثير منهم لديهم تاريخ من السلوك المعادى للمجتمع) (Thompson & Ruddph, 2004). هذه الدروس تستفيد من العديد من الاستراتيجيات لمساعدة الطلاب في التغلب على العقبات السلوكية والوجدانية للتعلم. هناك العديد من الدراسات التي تعطى دليلاً على أن المعلمين يمكنهم صناعة الفرق في التغلب على الميول المضادة للمجتمع

(kupesmidt & patterson, 1991, Tremblay et al, 1988) الملحوظة الشخصية التالية تقدم مثالا على اشتراكي في هذه البرامج .

ملحوظة شخصية

خلال العشرين عاما الماضية، اشتركت في العمل مع تلاميذ التربية الخاصة في المدارس الابتدائية، الذين وضعوا في حجرات دراسية للتلاميذ ذوى الاضطرابات السلوكية والوجدانية .أثناء هذه الفترة أدهشني " المعجزة " المتمثلة في النجاح الذي تحققه برامج التربية الخاصة مع التلاميذ . فالمعجزة تتمثل في انتقال التلاميذ مما سماه جلاسر (1969) هوية الفشل إلى هوية النجاح.عندما يلتحق هؤلاء التلاميذ بالبرامج، فإنه يكون لديهم هوية الفشل. فهم يكرهون المدرسة لأنهم لم ينجحوا أبدا . وكثير منهم خطى خطوات نحو التسرب الدراسي. فهم أفضل من يلقي باللوم على الآخرين، حيث إن مشكلاتهم دائما من أخطاء الآخرين، ليست من أخطائهم. بالإضافة إلى ذلك فإنهم عادة مشغولون بمحاولة تجنب عمل الواجبات المدرسية، ويستمتعون بعمل مشكلات مع المعلمين ويمرون بتجارب من النتائج العكسية، حيث يستمتعون بأذى الآخرين.

مع هذه البرامج، بدأ هؤلاء التلاميذ في الحصول على هوية النجاح . فقد تعلموا إتباع القواعد، وعمل واجباتهم . بالتدريج، بدءوا يشعرون بالفخر بهذا الانجاز، حيث إن هذا الانجاز قد وضع البذور للدافعية الداخلية. بالإضافة إلى ذلك، أصبحوا على وعى بالاختبارات التي تتعلق بالسلوك وتعلموا تحمل المسؤولية لما فعلوه .

مثال على ذلك حدث عندما دخلت إلى الفصل وسالت تلميذاً عن حالة، قال لى "أمسك بى أنا اضرب طفلا أخر في الباص ونزلت إلى مستوى أدنى"، هذا هو الآخر، لم يلقي باللوم على أحد . إن كون الفرد مسؤولاً، يؤدي إلى احترام الذات، وهذا بدوره يؤدي إلى احترام الآخرين.

قد يكون أفضل مثال على نجاح هذه البرامج هو ما مررت به في حفله أعياد الميلاد . فقد كنت ألاحظ ولداً جديدا، التحق بالبرنامج فقط منذ عشرة أسابيع. عندما التحق بالبرنامج، كان يكره كل شيء، وكان على والديه أن "يجراه إلى المدرسة جرا" الآن، أصبح أداؤه جيدا في البرنامج، وشعر بالفخر لما حققه من إنجاز "بدلا من العبوس الدائم، أصبح متبسما" عندما انتهى عرض عيد الميلاد " رأس السنة "، كانت الساعة الثانية، والمدرسة تنتهي الساعة الثالثة. كانت أمه على وشك الخروج، سأله المعلم عما إذا كان يجب أن يعود إلى البيت مع أمة . الشيء المدهش أنه قال "لا" أريد أن أظل في المدرسة إلى نهاية اليوم الدراسي "إنها معجزة أن ترى تلميذا يتحول من كره للمدرسة إلى الشعور بالفخر بها، والاستمتاع بالبقاء فيها.

تقدم بحوث كاشويل وفاك (1996) بعض التوجيهات للتغلب على مشكلات الجنوح لدى المراهقين. فقد وجدا أن أقوى مؤشرين على جنوح المراهقين يتعلقان بجنوح الزملاء، وقله الترابط الأسري. كما

اقترحا أن البرامج الوقائية ينبغي أن تبدأ في المدرسة الابتدائية لتعزيز التدريب على المهارات الاجتماعية والوعي بمخاطر الانخراط في المجموعات المضادة للمجتمع مثل العصابات .بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يوجه الإرشاد نحو تعزيز الترابط الأسري من خلال جهود مثل التدريب الوالدي والإرشاد النفسي الأسري.

كما يمكن أن ينطوي علاج العدوانية على العديد من التدخلات . يؤكد براون وبارسونز (1998) على أهمية تنمية الاستراتجيات المختلفة للأنواع المختلفة من العدوان. إن مفهوم العدوان النشط " بما في ذلك عدوان الإستقواء " ينظر إلى العدوان على أنه استجابة مكتسبه . لذا، ينبغي توجيه المناهج العلاجية نحو مساعدة الأطفال / المراهقين على تعلم الاستجابات البديلة لحل المشكلات التي لا تستلزم العدوان.يمكن - كجزء من هذا المنهج - أن يتم حث الوالدين على تجنب استخدام العقاب الحاد لمنع عدوان الإستقواء لدى الأطفال / المراهقين .كما يمكن للمعالجين النفسيين استخدام المناهج السلوكية، مثل التشكيل والتدعيم لتعزيز السلوكيات المؤيدة للاجتماعية المناسبة والموجهة نحو تحقيق الهدف.

أما العدوان التفاعلي، فينطوي على العدوان الاندفاعي غير الوسطي، فالأطفال / المراهقون الذين يتورطون في العدوان التفاعلي يمكنهم الاستفادة من التدخلات التي تساعد على التحكم في الاندفاع. يمكن استخدام التدخلات السلوكية لاستهداف سوابق الاستجابات العدوانية " مثلا : إبعاد تلميذ عن التلاميذ الآخرين لمنع مواقف الصراع " كما يمكن استخدام المناهج المعرفية لمساعدة الأطفال / المراهقين على إعادة البناء المعرفي.

إن خدمات الإرشاد النفسي والصحة النفسية للأطفال المراهقين ذوى مشكلات السلوك المعادي للمجتمع تنادي ببحوث وتنمية إضافيين. إن أسباب هذه المشكلة تمتد إلى أبعد من الضحية. حيث تغرس الخوف والسلبية في المجتمع نفسه. هناك حاجة كبيرة لوسيلة واقعية وفعالة لهزيمة العدوان، والعنف، والعدوانية التي لا لزوم لها.

قضايا التنوع وما بعد المعاصرة في الإرشاد النفسي للأطفال / والمراهقين

DIVERSITY AND POSTMODERN ISSUES IN CHILD AND ADOLESCENTS COUNSELING

إن التنوع وما بعد المعاصرة يعيدان تعريف أساس ونشأة الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين من حيث النظرية والبحوث، والممارسة. من منظور نظري، فإن الإرشاد النفسي للطفل والمراهق يقوم على النظرية النمائية. إن العمل الأصلي لكاروي جليجمان (1982) عن النمو الخلقي للأنثى يولد الوعي بالتحيز الذكوري في النظرية النمائية . لقد أسهمت بحوث جليجمان (1992، 1991) في موجه الاهتمام بإعادة تقييم قضايا الجنس في النظرية النمائية. كما بدأ جليجان، ومن بعده ألن

وستولتينرج (1995)، هورست(1995)، وستيل (1996) في إعادة تقييم النظريات النمائية الأخرى . على سبيل المثال، أشاروا إلى أن نظرية النمو النفسي – الاجتماعي عند اريكسون (1968) في حاجة إلى تعديل للتغلب على التحيز الجنسي لصالح الرجال من منظور المطالبة بالمساواة بين الجنسين، فإن مرحلتين من مراحل اريكسون بحاجة خاصة إلى مراجعة (تكوين الهوية أثناء المراهقة، والمودة أثناء الشباب المبكر). أثناء تكوين / تشكيل الهوية، يبدو أن أريكسون يعترف بقيمة الذاتية والفردية الذكرية على القيم العلائقية التي تفضلها النساء. إن المفاهيم الدقيقة لنمو الهوية الأنثوية يمكن أن تصف الذات بأنها تتمحور حول هدف تحقيق والحفاظ على العلاقات ذات المعنى.

أيضا، التوجه الجنسي يمكن أن يكون قضية تنوع هامة في إرشاد المراهقين والشباب الذين يناضلون من أجل تكوين الهوية والمودة يواجه اللواطيون والسحاقيون من المراهقين مدى العديد من العقبات في النمو، مثل المخاوف المرضية المتماثلة، التمييز، النمطية السلبية، وحتى العنف (katman (al , 1995

إن سيطرة المخاوف المرضية المتماثلة غالبا ما تمتد إلى نظام الدعم للمراهق، حيث إن الأصدقاء والأسرة غير قادرين في الغالب على الاعتراف بالتوجه اللوطي وقبوله، وهذا يجعل اللواطي يشعر بالعزلة والوحدة، ومشكلات في تقدر الذات، والتقبل الذاتي وفي مواجهة السلبية، ليس بمستغرب أن اللواطيين في خطر الوقوع بمشكلات الصحة النفسية ما يقرب من ثلث اللواطيين في أحد الدراسات قد حاولوا الانتحار، وقد تم إحالتهم إلى الإيداع في المستشفي للعلاج من مشكلات الصحة النفسية، 48٪ هربوا من البيت و 58٪ تعاطوا المخدرات (Remafedi , 1987) ما يقرب من ثلث من نجحوا في الانتحار كانوا من الأفراد ذوى التوجه اللواطي (O.connor,1992)

تعرّض هامون و ينج (1993) إلى قضايا تتعلق بالعنف والموت بين المراهقين ذوى الأقلية العرقية، فقد أعلنا عن أن المراهقين الذكور الأمريكان من أصل أفريقي قد مروا بخبره مخاطر غير متجانسة من الموت أو الإصابة بسبب العنف. ربما الإحصائية المتعلقة بهذه المشكلة تتمثل في أن السبب الأول لموت المراهقين الذكور الأمريكان من أصل أفريقي في الولايات المتحدة هو إطلاق النار على المراهق من صديق أو أحد الأقارب . وفقا لهاموند وينتج، فإن أسباب العنف بين المراهقين الذكور الأمريكان من أصل أفريقي يمكن أن تعود إلى عوامل بيئية، ونفسية اجتماعية، وسلوكيه – معرفية، حيث تبدو العوامل البيئية الايكولوجية هي القوى الأساسية في تعزيز العنف على سبيل المثال، كثير من هؤلاء الأفراد يعيشون في المدينة الداخلية، حيث الجريمة والعنف جزء من الحياة اليومية.

يشير هاموند وينج (1993) إلى أن البرامج الوقائية بحاجة إلى أن توجه نحو التغلب على ميراث العنف. يصف هامون و ينج برنامجاً متعدد الأوجه موجه نحو المعتقدات، والافتراضات المتحدية التي تتعلق بالعنف، والتغلب على العقاب والايكولوجية، والسياسية الاجتماعية للنمو الأمثل " مثلا : عدم الاستقرار الأسري والمجتمعي " وتعزيز الوعي والحساسة الثقافية.

يمكن أيضا الاقتراب من قضايا الصحة النفسية مثل الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من منظور الجنس، على سبيل المثال، المراهقات أكثر عرضة للاكتئاب من المراهقين (Petersen et al.,1993)، كما أن المراهقات يستجبن بشكل مختلف أيضا للاكتئاب لأنهن يملن إلى التذويت، بينما يميل الذكور إلى العزو لأسباب خارجة " يسرحون مع الأنشطة " كما أن الأعراض المرضية المصاحبة الاكتئاب تتباين بين المراهقين والمراهقات، حيث يحدث الاكتئاب لدى المراهقات بصحبة اضطرابات الأكل، في حين يتزامن الاكتئاب لدى المراهقين مع الاضطرابات السلوكية الفوضوية (Petersen et al ., 1993).

أيضا، فإن الاعتبارات ما بعد المعاصرة للعوامل الثقافية، الايكولوجية البيئية تؤثر في تقييم وعلاج الاضطرابات العقلية للأطفال والمراهقين يتباين انتشار الاضطرابات النفسية من ثقافة إلى أخرى. إن لبعض الثقافات (مثل الأمريكان الأصليين) معدلات مرتفعة من الاكتئاب والانتحار، ويرجع ذلك إلى القوى البيئية مثل المستويات العليا من البطالة (Harrbr , 1984). أيضا يمكن لعلم النفس المجتمعي الذي يستفيد من الاتجاه الايكولوجي أن يقدم بعدا مفيدا لخدمات الصحة النفسية للأمريكان الأصليين (Harrar , I484). قد تتباين أيضا خبرة الاضطرابات العقلية بشكل كبير من ثقافة إلى أخرى من حيث القواعد اللغوية والمعرفية المرتبطة بالصحة النفسية والمرض العقلي تمر بعض الثقافات "مثل اللاتينية" بتجربة الاكتئاب بمصطلحات الاحتلال الجسمي مثل الشكاوى من الصداع أو ألم الأعصاب، بينما قد تمر ثقافات أخرى " مثل الآسيوية " بتجربة الاكتئاب كمشاعر التعب، أو عدم التوازن (APA , 2000). إذاً من المهم اعتبار القوى الثقافية التي تظهر في الروايات واللغة لدى الأطفال والمراهقين كوسيلة لتقييم وعلاج مشكلات مثل الاكتئاب.

الخلاصة

الإرشاد النفسي للأطفال والمراهقين تخصص ناشيء في الإرشاد النفسي. إن مفهوم الطفولة والمراهقة كمراحل نمائية مميزة جديد نسبيا، سابقا، كان يتم تجاهل الاحتياجات الخاصة للأطفال والمراهقين بوجه عام. ومع ذلك، فإن نظريات نمو الطفل والمراهق قد قدمت معلومات عن النمو المعرفي والخلفي، والنفسي – اجتماعي والصحة النفسية لدى المراهق والطفل. تعتبر النظريات إطار عمل مفاهيمي هام لفهم وعلاج الأطفال والمراهقين تشتمل إجراءات التقييم الخاصة بمجال الإرشاد النفسي للطفل والمراهق على استخدام الرسومات والمقابلات الإكلينيكية. يشتمل العلاج على العلاج باللعب، وحل الصـراع، والعـلاج السلوكي -المعـرفي، واســتخـدام الأدوية المؤثرة على المزاج، أو الاضطربات النفسية الأخرى. تركز بعض الاتجاهات الحديثة في الإرشاد النفسي للطفل والمراهق على الحدث، والتقييم، والأسباب، والتأثيرات، وقضايا العلاج المحيطة بإساءة الطفل، وإهماله، واكتئاب الأطفال والمراهقين، والانتحار، والسلوك المضاد للمجتمع.

الاستكشاف الشخصي

1- كيف يمكن لتعليم الوالدين أن يكون مفيداً في تعزيز المهارات الوالدية؟

2- ما الذي يستثيرك بشأن العلاج النفسي باللعب؟

3- ما هو الشئ الذي يقف خلف الزيادة في العنف المدرسي وما الذي يمكن عمله بشأنه؟

4- ما هو الدور الذي يمكن أن تلعبه نظرية الارتباط، الذكاء الوجداني، والمرونة في تعزيز النمو الأمثل؟

الفصل 12

الإرشاد الجمعي

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضاً للإرشاد الجمعي ، ويتناول الموضوعات الآتية :

- فن وعلم الإرشاد والجمعي
- الإرشاد الجمعي من منظور تاريخي.
- المقارنة مع الإرشاد الأسري والفردي.
- أنواع المجموعات والأهداف.
- حل المشكلات والعملية الجمعية.
- حجم المجموعة ، وتركيبها ، وفترتها.
- استخدام القادة المساعدين.
- تشخيص وتوجيه ما قبل المجموعات.
- المراحل في الإرشاد الجمعي .
- لإرشاد الجمعي المرتكز حول الحل .
- التعامل مع أفراد المجموعة المزعجين .
- الأخطاء الشائعة لدى قادة المجموعات .
- خصال قادة المجموعات المؤثرين .
- قضايا التنوع .

فن وعلم الإرشاد النفسي الجمعي

THE ART AND SCIENCE OF GROU[P COUNSELING

الإرشاد الجمعي فن بمعنى أن قائد المجموعة لابد أن يكون مرناً وإبداعياً في التكيف للحركة المستمرة داخل المجموعة. المجموعات هي ديناميكية، ومن هذا المنطلق، فإن لها حياة وغرض لذاتها. يحتاج القادة إلى أن يدعوا الأفكار المدركة مسبقاً عما يحدث داخل المجموعة، ويدعوا المجموعة تتقدم نحو إدراك قدراتها الفريدة. كما ينبغي أن يكون القادة حساسين لقضايا التنوع داخل المجموعة. عند القيام بذلك، فإن القادة -مثل الفنانين - يمكنهم مساعدة الأعضاء على خلق فرص للمشاركة والتعلم.

أما علم الإرشاد الجمعي، فهو موجّه نحو عدد من القضايا الهامة والتي تتعلق بالعمل الجماعي. تؤكد الأعمال الجماعية المعاصرة على أهمية البنية في المجموعة لإعطاء الأفراد والمجموعة التركيز من أجل تعزيز الدافعية والإنتاجية. يمكن أن تشتمل البنية على ضمان أن الأفراد المستقلين يناسبون المجموعة، وتحقيق القواعد والخطوط الإرشادية الشخصية، واستخدام إطار مرجعي مفاهيمي لتيسير المجموعة (مثل منظور الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل) يمكن أيضاً لعلم الإرشاد الجمعي

أن ينطوي على البحوث والتقييم لتحديد فعالية النظرية والممارسة الجمعية - في عام 1997 تم نشر العدد الخاص من مجلة المتخصصين في العمل الجمعي (1997)، في محاولة لعمل توازن بين فن وعلم الإرشاد الجمعي، هناك العديد من المقالات في هذا العدد تشجع على التعاون بين العلم والممارسة في العمل الجمعي.

الإرشاد الجمعي GROUP COUNSELING

الإرشاد الجمعي تخصص هام ضمن مهنه الإرشاد النفسي، فهو ممارسة تمثل جزءً من معظم برامج الإرشاد النفسي، ولذا، فهو جزء متمم لهوية المرشد النفسي(Fuhriman & Burlingame ,1990) لقد بذلت المنظمات الكثير لتطوير مهنية الإرشاد الجمعي. حيث قامت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي بعمل مخطط رسمي لقسم خاص للإرشاد النفسي في عام 1973 أطلق عليها اسم جمعية المتخصصين في العمل الجمعي. تم وضع الخطوط الإرشادية الأخلاقية في عام 1980، وتم مراجعتها في عام 1989، وعام 2007. وفي عام 1998، وضعت جمعية المتخصصين في العمل الجمعي الخطوط الإرشادية لأفضل الممارسات للعمل الجمعي، بدلاً من المعايير الأخلاقية وذلك لتقديم خطوط إرشادية أخلاقية لتخطيط وإجراء وتجهيز العمل الجمعي (Thomas & Pender , 2008).

كما وضعت جمعية المتخصصين في العمل الجمعي معايير مهنية لتدريب الأخصائيين في العمل الجمعي (Wilson et al.,2000)، ومعايير للإرشاد النفسي متعدد الثقافات (Banez et al –Haley 1998.,) كما عززت العديد من المنظمات المهنية الأخرى من الإرشاد الجمعي، بما في ذلك جمعية الإرشاد النفسي متعدد الثقافات والتنمية، والجمعية الأمريكية للعلاج الجمعي، والجمعية الدولية للعلاج النفسي الجمعي، والجمعية الأمريكية للعلاج النفسي الجمعي، والسيكودراما وقياس العلاقات الاجتماعية.

هذا الفصل يقدم استعراضاً للإرشاد الجمعي، يبدأ بوصف الإرشاد الجمعي من منظور تاريخي، ثم يميز الإرشاد الجمعي عن الإرشاد الفردي والأسري. كما يشتمل هذا الفصل أيضاً على معلومات عن ممارسة الإرشاد الجمعي، ووصف لمراحل الإرشاد الجمعي.

الإرشاد الجمعي من منظور تاريخي

GROUP COUNSELING FROM A HISTORICAL PERSPECTIVE

يمكن أن يعود التاريخ الفني والمتقدم لحركة الإرشاد الجمعي إلى الأعمال الرائدة لكل من جاه. إلي. مورينو، وكيرت ليفين في أعوام 1920، 1930 (Bonner ,1959) فقد قدّمت نظرية المجال لليفين أساساً نظرياً هاماً للعمل الجمعي، كما طوّر مورينو منهجاً فريداً للإرشاد الجمعي يسمى السيكودراما.

في البداية تشكل المجتمع المهنى في الإرشاد الجمعي، فقد رأى البعض أن هذا الأسلوب الجديد إجراء راديكالي، من شأنه أن يضعف الثقة والسرية، كما أنه يتناقص مع النموذج الأساسي للإرشاد النفسي وهو أن المرشدين النفسيين يعملون مع المسترشدين. ومع ذلك، تدريجياً أكتسب الإرشاد الجمعي الاحترام. وفي عام 1946، تم تأسيس المعمل القومي للتدريب في بيثيل (Baruth & Robinson, 1987)، وعلى الفور أصبحت المؤسسة التدريبية الرئيسية للعمل الجمعي. هذه المؤسسة ركزت على كيفية استخدام ديناميكيات الجماعة لتعزيز النمو الشخصي والأداء العلاقاتي مع الآخرين.

وأثناء عام 1960، أصبحت مجموعات المواجهة والحساسة شائعة ومحببة بوجه عام. فيما يبدو أن روح الحركة الجمعية امتزجت بالثورة الثقافية التي حدثت أيضاً في عام 1960، حيث إن كلاهما كان يشجع على الاستكشاف الذاتي، وتوسيع آفاق العقل، والتلقائية، والانفتاحية، والأمانة، والمواجهة عند الضرورة. أصبحت الحركة الجمعية - بسبب ارتباطها بالوجودية في عام 1960 - هدفاً للنقد. وبسبب مجموعات المواجهة القليلة غير المألوفة التي أجريت في كالورينا الشمالية مع المشاركين العراة، تم استنتاج أن كل جوانب الإرشاد الجمعي قد تطوّر إلى انغماس في نشاطات الجنس كما اُتهمت الحركة الجمعية بكونها عامل مساهم في القلق الاجتماعي لدى الشباب ونتيجة لذلك، بدأت حركة معادية للجمعية في كاليفورنيا في أواخر عام 1960 وقد رأى بعض قادة هذه الحركة أن الإرشاد الجمعي جزء من التآمر الاشتراكي لإضعاف الشباب. يشير باتيرسون إلى أن هناك نقد حقيقي للعديد من المجموعات في عام 1960 (vacc,1989) . ويعتقد بان المشكلات قد نشأت من التدريب غير الكافي لقادة المجموعات، المبالغة في الكشف عن مشكلات الأفراد ، وعمل كل ما قد يبدو " صحيحاً " بدون مراعاة التأثير على أفراد المجموعة، واستخدام أساليب المعالجة والألعاب وفي عام 1970، وعام 1980، كانت هناك عوامل عديدة أسهمت في عودة الاحترام إلى الإرشاد الجمعي، العامل الرئيسي منها هو التحوّل من قلة التنظيم المرتبط بمجموعات المواجهة والحساسة، والذي كان يُنظر إليه على أنه عامل مساهم في المدركات السالبة عن التخصص، وفي " الأذى " الذي لحق بالإرشاد النفسي. يعتقد المتخصصون أن المجموعات التي تقوم على الأهداف الواضحة تعزز نتائج صحيحة.

يقول حازدا معلّقاً على الإرشاد الجمعي في عام 1960 أنه كان هناك تأكيد مستمر على مجموعات العمل الجمعي الأسري، والتدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على المهارات الحياتية. كما اعتقد بأن شعبية مجموعات المساعدة الذاتية تنمو أسرع من أي نوع آخر.

مؤخراً، أصبح الكثير من الناس يستفيدون من الإرشاد الجمعي في مواطن عديدة (Horne,1996)، كما تم دمجه في الاتجاهات الحديثة مثل اتجاه الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل.

المقارنة مع الإرشاد الفردي الأسري

COMPARISON TO INDIVIDUAL AND FAMILY COUNSELING

على الرغم من أن تخصص الإرشاد الجمعي له سماته الخاصة الفريدة من حيث النظرية والممارسة، إلا أن هناك قواسم مشتركة مع الأشكال الأخرى من الإرشاد النفسي مثل الإرشاد الفردي والأسري. يصف هذا الجزء أوجه الشبه والاختلاف بين الإرشاد الجمعي وكل من الإرشاد الفردي والإرشاد الأسري، ويحدد المميزات والعيوب بالمتعلقة بالإرشاد الجمعي.

الإرشاد الجمعي مقابل الإرشاد الفردي

Group counseling versus Individual Counseling

هناك فروق بسيطة بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي (Fuhriman & Burlingame ,1990)، وهذا ليس بمستغرب، لأن النظريات والأساليب تميل إلى الانتقال من الإرشاد الفردي إلى الإرشاد الجمعي. ولكن على الرغم من أن الأساليب المستخدمة في الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي متشابهة، إلا أن عملية الإرشاد في المجموعة تتغير وتتنوع للتماشي مع التعقيدات المتزايدة الناتجة من الأفراد المسترشدين المختلفين. هناك 11 عاملاً علاجياً للعمل الجمعي عددها يالوم (1995) في حين حدد فورهيمان وبيرلينجام (1990) العوامل الستة التالية التي تميز بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الفردي :

1- التعلم البديل: يقدم الإرشاد الجمعي الفرص للأعضاء للتعلم من ملاحظة الأفراد الآخرين في المجموعة وهم يستكشفون همومهم.

2- مرونة الدور : يمكن أن يعمل المسترشدون في الإرشاد الجمعي كمقدمين للمساعدة، وكمستقبلين لها – في حين أن المسترشدون في الإرشاد الفردي يظلوا (طالبين للمساعدة) فقط.

3- العمومية : العلاج الجمعي يوفر فرصاً للمسترشدون لاكتشاف أن الأفراد الآخرين في المجموعة لديهم نفس المشكلات والهموم، والمخاوف.خبرة العمومية هذه يمكن أن تساعد المسترشدون على وضع مشكلاتهم في منظور واقعي وعدم المبالغة في ردة الفعل تجاهها.

4- الإيثار : أثناء الإرشاد الجمعي، يتم تشجيع الأعضاء على تقديم المساعدة للأفراد الآخرين في المجموعة. فالأفراد الذين ينخرطون في سلوك الإيثار يمكن أن يقوموا بدعم الأفراد الآخرين في المجموعة ويعززوا صورتهم الذاتية.

5- التعلم البينشخصي: التفاعل بين أفراد المجموعة يخلق فرصاً لتعزيز المهارات البينشخصي.

6- إعادة التمثيل الأسري: المناخ العلاجي الموجود في المجموعة يمكن أن يكون مشابهاً لما يتم في أسرة المسترشد. لذا، فإن الإرشاد الجمعي يمكن أن يكون مفيداً في العمل خلال الصراعات الأسرية الأولى.

الملحوظة الشخصية التالية توضح كيف ساعدتُ المسترشد على العمل خلال الصراع الأسري المبكر في الإرشاد الجمعي.

ملحوظة شخصية

عندما كنت أخصائياً نفسياً في مركز الجامعة للإرشاد النفسي، كان أحد المسترشدين في المجموعة، ويُدعى - " توم " وهو شاب في العشرينيات من عمرة - لديه بعض المشكلات حيث كان يشعر بقلة الثقة والتشجيع.

أثناء الجلسة الأولى، أخبر توم المجموعة عن خبرة مر بها كمراهق. فقد ذكر أن أباه كان سكّيرا، وكان يسيئ معاملة أمة لفظياً وجسمياً. وصف توم إحدى الحالات التي غالباً ما كان يتذكرها ويفكر فيها. فقد كان يجلس هو وأمه في حجرة الجلوس، عندما كان والده يكيل الشتائم لأمة، ثم صفعها على وجهها. ما كان من توم إلا أن جلس يشاهد الموقف. شعر توم بالغضب من والده، ومن نفسه أيضاً لأنه لم يستطع مساعدة أمه. أثناء ما كان يحكي الحدث، قال أنه كان يتمنى أن " يقف وقفه رجل "، ويساعد أمه.

اقترحتُ أن نعيد تمثيل الموقف. فقد رتبت أن يمثل فرد من أفراد المجموعة دور الأم، ويكون توم هو هو، وأنا أمثّل دور الأب، وبقية أفراد المجموعة مستمعون ويقدمون التغذية الراجعة.

عندما بدأنا المشهد، مرّ توم بوقت صعب حتى أخذ دوره على محمل الجد. فقد بدأ يضحك ويقول " لست شبيهاً بأبي " كثفتٌ من حدة لغة الإساءة نحو " أمه " ثم ذهبت إليها وبدأت أهزها بعنف. الشئ التالي الذي بدأت أدركه أن توم وقف أمامي. قام توم بشدّ أكتافي وقال لي أن أترك أمه وشأنها، كان وجهه وقت أحمر من شدة الغضب كان يتنفس بسرعة، ثم بدأ يصرخ.

عند هذه النقطة، توقفت عن التمثيل، وأمسكت بالمسترشد لعدة دقائق وشجعته على الصراخ، والتنفيس عن مشاعره، ثم تناقشنا في هذه الخبرة مع أفراد المجموعة. قال توم أن شيئاً ما انتابه عندما كنت أسب أمه، فقد شعر أن الموقف كما لو كان أبوه وأمه هناك بالفعل، وقال أن دفوعه كانت دموعاً راحة لأنه أصبح أخيراً قادراً على التنفيس عن مشاعر العجز والخجل.

هذه الحالة توضح الوجدانيات الشديدة التي يمكن أن تنتج من إجراءات الإرشاد الجمعي. لذا، ينبغي استخدام هذه الإجراءات بحذر كما أنه من الأهمية بمكان - على وجه الخصوص - عدم دفع المسترشد إلى النقطة التي يُجبر عندها على التعامل مع الوجدانيات التي لا يستطيع التعامل معها والتحكم فيها.

أُجريت العديد من الدراسات لمقارنة فعالية الإرشاد الفردي مقابل الإرشاد الجمعي. أظهر التحليل البعدي لـ 23 دراسة قارنت بين الإرشاد الفردي والإرشاد الجمعي عدم وجود فروق في الفعالية الاجتماعية وأن كلا النوعين من الإرشاد النفسي أكثر فعالية من عدم الإرشاد (McRoberts et al.,1998). ذكرت الدراسة أن معدلات الفعالية تتباين إلى حد ما وفقاً لمشكلات المسترشدين. فيما يبدو أن الإرشاد الجمعي يتفوق على الإرشاد الفردي في علاج الميول الكيميائية، والاختيار المهني، ومتلازمة الضغوط، (مشكلات الحياة مثل المشكلات في العلاقة بين الوالد والطفل). بينما الإرشاد الفردي يتناسب بشكل جيد مع علاج الاكتئاب، خصوصاً عندما يستفيد البرنامج العلاجي من التوجّه

النظري السلوكي المعرفي خلص الباحثون إلى أنه تحت ظروف معينة، فإن الإرشاد الجمعي يعتبر بديلاً فعال للإرشاد الفردي. أحد النتائج القوية لمراجعة العلاج النفسي، وتطبيقاته على المجموعات خلال العقود الأربعة هي أن المسترشدون يستفيدون من الإرشاد الفردي والجمعي معاً مقابل الإرشاد الفردي فقط أو الإرشاد الجمعي فقط (Barlow et al ., 2000).

الإرشاد الجمعي مقابل الإرشاد الأسري Group counseling versus Family Counseling

هناك أوجه اختلاف وأوجه تشابه بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الأسري. فكلاهما " يجمعان الناس لحل المشكلات من خلال التأكيد على العلاقات البينشخصية (Hines , 1988 p.174) عملياتهما متشابهة أيضاً. إن تركيز الجلسات الأولى في كليهما على تعريف المرشد النفسي وتحديده للمشكلة الحالية من منظور علائقي (Hines , 1988 , whitaker & keith , 1981 , yolom , 1995). أيضا، مرحلة العمل في كليهما تكون عملية تفاعلية، حيث ينخرط فيها المرشد النفسي والمسترشد بشكل نشط (Hines , 1988 , whitaker & keith , 1981 , yolom , 1995)، الفروق بين الإرشاد الأسري والإرشاد الجمعي تتعلق بالتضمين، والتنظيم، والارتباط العلائقي المتبادل (Hines ,1988). لابد من اكتساب التضمين من خلال المشاركة في المجموعة. بينما هي هبه بيولوجية في الأسرة (Hines , 1988 , Schultz , 1977)، والعكس صحيح بالنسبة للإرشاد الأسري، حيث يشعر المرشد النفسي في البداية بأنه دخيل ويحاول الدخول إلى الأسرة (Hines , 1988). كما أن دور المرشد النفسي مختلف أيضاً من حيث تحقيق المعايير (Couch & Childers , 1989 , Hines , 1988). أثناء المرحلة الأولى من الإرشاد الجمعي، يلعب القائد دوراً نشطاً في تحقيق معايير الجماعة وهذا لا ينطبق على الإرشاد الأسري، لأن بالأسرة – بالفعل نظام معاييري (Couch & Childers, 1989, Hines, 1988).

ربما كان الفرق الأكبر بين الإرشاد الجمعي والإرشاد الأسري هو أهداف كل عملية فالإرشاد الجمعي له أهداف للمجموعة مثل خلق مناخ من الثقة والتقبل، بالإضافة إلى الأهداف الخاصة لكل فرد (Couch & Childers ,1989).

وعلى النقيض، فإن هدف الإرشاد الأسري هو تحسين الأداء الكلي لوحدة الأسرة. على الرغم من الفروق بين الإرشاد الأسري والجمعي، إلا أن هناك فرص للدمج أو التكامل (Vinson,1995). يمكن استخدام الاتجاه النظامي في كلا النوعين من الإرشاد النفسي لتعزيز الوعي بالعمليات التفاعلية بين المسترشدين والنظام ككل (Horne ,1993). وصف فينسون (1995) حالات عديدة عن كيفية دمج العلاج الأسري في الإرشاد الجمعي (مثلاً : مجموعات الدعم النفسي – التربوي (Gregg,1994)، ومجموعات التوافق / الطلاق (Addington, 1992). كما يري فينسون (1995) أن كثيراً من أساليب الإرشاد الأسري يمكن استخدامها في الإرشاد الجمعي، مثل التخطيط المعرفي لاستكشاف قضايا منشأ الأسرة.

مميزات وعيوب الإرشاد الجمعي Advantages and Disadvantages of Group Counseling

مثل الاستراتيجيات الإرشادية الأخرى، فإن الإرشاد الجمعي له مميزات كما أن له عيوب. الميزة الرئيسية تتمثل في أن الإرشاد الجمعي يقدم بيئة آمنة للمسترشدين لتجربة واختبار السلوكيات الجديدة مع أفراد المجموعة الآخرين. أما المميزات الأخرى. فتشتمل على ما يأتي :

- يمكن للمسترشدين التعلم من أفراد المجموعة الآخرين وهم يستكشفون مشكلاتهم الشخصية.
- العملية اقتصادية من حيث الوقت والجهد فيستطيع المرشد رؤية جميع المشترشدين في جلسة واحدة.
- يمكن أن تكون لدى المسترشدين الفرصة لمساعدة الآخرين أثناء الجلسة، ومن خلال ذلك يتم الحدّ من الميول للقلق بشأن المشكلات الخاصة.
- يمكن تعزيز حل المشكلات من خلال الأفكار التي يخرجها أفراد المجموعة الآخرون.
- يمكن أن تعزز المجموعة الطاقة والحماس، واللذان يمكن أن يساعدا في دفع المسترشد لتتبع أهدافه الشخصية.

العيب الرئيسي في الإرشاد الجمعي يتمثل في أنه ربما يكون غير مناسب لبعض المسترشدين، خصوصاً ذوى الاضطرابات العقلية. الحادة أو ذوى مفهوم الذات المنخفض، بل قد يكون من الخطورة مشاركة هؤلاء المسترشدون في المجموعة لأنهم قد يشعرون بأنهم مهددون، أو يتم مهاجمتهم شخصياً بواسطة التغذية الراجعة التي يتلقونها من الأعضاء الآخرين. في هذه الحالات، قد يحتاج المسترشد في البداية إلى المشاركة في الإرشاد الفردي لكي يكون قادراً على الاستفادة الناجحة من الإرشاد الجمعي. تشتمل المخاطر الأخرى المرتبطة بالإرشاد الجمعي على مشكلات السرية التي يمكن اختراقها نتيجة للمواجهة، والنتائج الوجدانية السالبة التي تنتج من إلقاء المسؤولية على الآخرين .(Corey & Corey,2010)

أهداف وعمليات المجموعة Group Goals and Processes

إن علم الإرشاد النفسي يظهر من خلال التنظيم الذي يمكن أن تجلبه الأهداف إلى العملية الإرشادية. فالأهداف تخلق تركيزاً للأفراد والمجموعة نفسها، وتعزز الدافعية والسلوك البنائي فالأهداف الفردية، والأهداف الجمعية تعتبر جزءاً من الإرشاد الجمعي إلى حد بعيد، فإن أهداف المجموعة تتباين وفقاً لنوع المجموعة. فبعض المجموعات تركز على تقديم التوجيهات عن موضوعات مثل تعليم الوالدين، بينما تتمثل أهداف مجموعات أخرى في التغلب على المشكلات العقلية مثل الاكتئاب.

كما أن أهداف المجموعة يمكن أن ترتبط بالعملية الإرشادية، بما في ذلك تعزيز الثقة والتقبل، وتعزيز الإفصاح الذاتي، والتغذية الراجعة، وروح المخاطرة (Corey&Corey, 2010). أيضاً، تشجع معظم مناهج الإرشاد الجمعي أفراد المجموعة على صياغة الأهداف الفردية (Couch & Chiders , 1989). ثم يتم مساعدة الأفراد في تعلم استراتجيات حل المشكلات التي يمكنهم استخدامها خارج المجموعة (Couch & Chiders,1989)

من منظور والدو وبومان (1998)، فإنه من الضروري وصف المجموعات من حيث العلاقة المتبادلة لأهداف وعمليات المجموعة. كما يقترحان اتباع طريقة جديدة لتصنيف المجموعات – مصفوفة الأهداف والتي يمكن استخدامها كنظام تصنيفي للعمل الجمعي. هذا النموذج يحاول تعريف أو تصنيف المجموعات بالإجابة عن السؤال التالي أي عملية جمعية هي الأفضل في تتبع هدف مجموعة معين؟" (Wsldo & Bauman,1998) هذا النموذج يبدو أنه يعزز الوصف الفردي للمجموعات، والذي يسمح بدمج الأشكال الجمعية (مثل مجموعات المهام ومجموعات التوجيه) في أهدافها وعملياتها. فيما يبدو – على الأقل – أن هذا النموذج يقدّم فرصاً لتعزيز النماذج الموجودة لتصنيف الإرشاد الجمعي من خلال الاعتراف بالأداء المتداخل للمجموعات في الأهداف والعمليات. هناك حاجة لمزيد من البحوث عن هذا النموذج للحصول على فهم أكثر وضوحاً عن كيفية استخدامه لوصف أنواع المجموعات المستخدمة في الإرشاد الجمعي.

أنواع المجموعات Types of Groups

قامت جمعية المتخصصين في العمل الجماعي بمراجعة معاييرها المهنية لتدريب العمال الجمعيين في عام 2000. هذا الإصدار يقدّم تعريفاً واسعاً للإرشاد الجمعي ضمن سياق العمل الجمعي، والذي يُعرف بأنه عمليات تنطوي على تقديم المساعدة وإنجاز المهام في الموقع الجمعي. نقدّم فيما يلي ملخصاً للأنواع الرئيسية للعمل الجمعي التي يستخدمها الناس في مهنة المساعدة.

مجموعات العمل / المهمة : تشتمل على كل الأنواع المختلفة للمجموعات المستخدمة في المجتمع المعاصر لإنجاز المهام المختلفة.من الأمثلة عليها مجموعات العمل / المهام الندوات، مجموعات الدراسة، ومجموعات المناقشة.

مجموعات التوجيه / التربية النفسية : تركز على تقديم معلومات يمكن استخدامها لتيسير النمو والتنمية الإنسانية، ومنع حدوث المشكلات يتم استخدام هذه المجموعات على نطاق واسع في المدارس والمواقع الأخرى. كما أنها تقدم الفرصة لاستكشاف العديد من الموضوعات مثل كيفية تجنب الاشتراك في العصابات، وكيف يمكن أن تكون والداً فعالاً ومؤثراً.

مجموعات حل المشكلات البينشخصية / الإرشادية : تستخدم الدعم البينشخصي، وطرق حل المشكلات لمساعدة الأفراد في مشكلات الحياة. كما أن هذه المجموعات تحاول مساعدة أفراد المجموعة على تعلم كيفية استخدام الاستراتيجيات الإرشادية المتعددة بحيث يمكنهم العمل خلال أو الوقاية من المشكلات في المستقبل.

مجموعات العلاج النفسي / إعادة بناء الشخصية : مُصممة لمساعدة الأفراد في التغلب على المشكلات الشخصية العميقة ومشكلات الصحة النفسية، مثل القلق أو الاكتئاب. هذه المجموعات تحاول علاج أو التغلب على الصعوبات النفسية من خلال العديد من العمليات والتي يمكن أن تشتمل

على إعادة بناء الشخصية. هناك أنواع أخرى من المجموعات وهي كما يلي (Jonos , 1992-Nelson
(, Jacobs et al 2002

مجموعات التدريب على المهارات الحياتية: يُطلق عليها أيضاً مجموعة التربية، وتعرّف بأنها "مجموعة منظمة، محدودة في الوقت، يستخدم فيها قائد أو أكثر مجموعة من المهارات التعليمية والتيسيرية لمساعدة المشاركة في تنمية والإبقاء على مهارات حياتية معينة" (Jones , 1992 –Nelson p.6). تتميز هذه المجموعات بالتركيز على الصحة مقابل المرض، والتعليم المنظم، والتركيز الخبراتي، وإشراك المسترشد. مجموعات التدريب على المهارات الحياتية تعزز من المهارات ذات الصلة بكل مظاهر الحياة مثل الوالدية والنمو العقلي، والإرادة الذاتية، والنمو الجسمي.

مجموعة المشاركة المتبادلة: تطلق عليها أيضاً مجموعات الدعم أو مجموعات المساعدة الذاتية. وتتآلف من أفراد تجمعهم هموم ومشكلات متشابهة، ويقدم كل منهم الدعم للآخر. الهدف الرئيسي لهذه المجموعات هو تقديم الدعم للأفراد من أمثلة هذه المجموعات أطفال الوالدين المطلقين، الشباب المتعاطي للمسكرات، والشباب المعرضون للانخراط في الإساءة للأطفال.

مجموعات النمو : مصممة لمساعدة أفراد المجموعة في زيادة وعيهم الذاتي، وهدفها هو مساعدة الأفراد في تحسين حياتهم من خلال توضيح قيمهم، ومشكلاتهم الشخصية، وعلاقاتهم مع الآخرين.

المجموعات الأسرية : تنطوي على دعوة الأسر المختلفة لموقع جمعي لمناقشة قضايا ذات اهتمام. الهدف الرئيسي هو تعزيز أداء النظام الأسري – العمل الجمعي الأسري المتعدد يمكن استخدمه عندما يريد المرشد النفسي العمل مع العديد من الأسر في آن واحد. يمكن تحقيق مجموعات شبكة العمل الأسرية بهدف تقديم المعلومات والدعم للأسر.

مجموعات المناقشة : تقدّم الفرصة لمناقشة موضوع هام وليس مشكلات شخصية لأفراد المجموعة من أمثلة موضوعات مجموعة المناقشة عيوب ومميزات أن يكون لدى الفرد أطفال، تأثير تعاطي المخدرات، التوجهات المتعلقة بالزواج. إن الهدف من مجموعات المناقشة هو جعل الأعضاء يشاركون بأفكارهم ومعارفهم فيما يتعلق بموضوع معين.

الإرشاد الجمعي على النت : يقدم اتجاهاً ناشئاً في العمل الجمعي، حيث يقدم الانترنت فرصة فريدة للإرشاد الجمعي القائم على الكمبيوتر. حيث أن المشاركة المتبادلة (مجموعات الدعم) يناسب تماماً العمل الجمعي، حيث أنه في عام 1999، كان هناك ما يقرب من 900.000 قائمة لمجموعات الدعم مثل العلاج من الإدمان. لقد تم وضع خطوط إرشادية لإنشاء مجموعات الدعم على النت حديثاً (Page et al .,2000)

فيما يبدو أن التكنولوجيا في الإرشاد الجمعي واعدة، فقد قام مالكلوثلين (2003) بمراجعة

تطبيقات التكنولوجيا المتجددة في العمل الجمعي. على سبيل المثال، هناك برنامج حاسوبي لإجراء الاجتماعات الصوتية عبر الانترنت يُطلق عليه palTalk يمكن استخدامه في مناقشات غير سرية تتعلق بالإشراف على الإرشاد (Page et al., 2003). لقد كانت استجابة الطلاب لبرنامج palTalk موجبة، حيث ذكروا أن البعد السمعي في المناقشات على الخط تزود أعطاء المجموعة بالفرصة للمشاركة، والتواصل ذي المعنى المسهّل بين الطلاب، والتعلم المعزز أما المشكلات في هذا البرنامج فترتبط بالصعوبة الحصول على إشارات سمعية واضحة في المناطق القروية، وهذا يتسبب في إحباط أفراد المجموعة، ويؤخر من البدء في بعض المجموعات. تحدث بيج ورفاقه (2000)، وماكلوثلين (2003) عن مميزات وعيوب مجموعات الدعم على النت والإرشاد النفسي على النت. تشتمل المميزات على الفرص القوية للوصول إلى أكبر عدد ممكن من المهتمين، والحقيقة أن الإرشاد الجمعي على النت ليس مقيد بوقت أو تيسيرات.

لذا، الأفراد الذين لا يتصلون بشكل طبيعي بالمجموعات نتيجة للعزلة للمسافة أو الصعوبات الشخصية يمكن أن تُقدّم لهم الخدمة من خلال العمل الجمعي على النت. بالإضافة إلى ذلك، قد يجد بعض أفراد المجموعة أن من السهولة المشاركة على النت منه في المشاركة وجهاً لوجه. كما يمكن الوصول إلى المواد التكميلية، وتحميلها من على مواقع النت بسهولة أما العيوب القوية، فتشتمل على اللا إنسانية حيث يرجع ذلك إلى بعض نقص الاتصال البشري، ومشكلات التواصل الناتجة عن نقص المدلولات السمعية أو البصرية. كما أن المشكلات قد تنشأ من عدم كفاية التدريب على التكنولوجيا، والأعطال التكنولوجية، وقلة الاتصال بالتكنولوجيا كما أن هناك عدد من قضايا العملية الجمعية التي يصعب التعامل معها مثل مجموعة التصوير لضمان السرية المناسبة للمجموعة، والقضايا الأخلاقية، مثل السرية، والموافقة المعلنة.

حل المشكلات والعملية الإرشادية الجمعية

PROBLEM SOLVING AND GROUP PROCESS

هناك بُعدان للإرشاد الجمعي، ضروريات لنجاح المجموعة : حل المشكلات والعملية الجمعية. هذان البُعدان متداخلان، والنجاح في أحدهما يعزز النجاح في الآخر. استراتيجيات حل المشكلات في الإرشاد الفردي التي تم الحديث عنه في الفصل الثالث يمكن استخدامها أيضاً في الإرشاد الجمعي. هذه الاستراتيجيات تنطوي على وجود قائد للمجموعة، الأعضاء المستمعون لمشكلة معينة من أحد أعضاء المجموعة، أن يساعدوا هذا العضو في حل المشكلة الجزء المهم من عملية حل المشكلة هو أن يقدم الأعضاء بنشاط وتحمل المسؤولية (Burlingame & Fuhrman,1990)

يحدد بورلينجام وفهريمان (1990) العوامل الأربعة التالية المرتبطة بالعملية الجمعية :

1- الاشتراك: يستلزم الاشتراك مشاركة الأعضاء وتقاسمهم للمشاعر بعضهم مع البعض الآخر. من المعتقد أن هذه الممارسة تعزز الترابط (Aiello,1979)، والعمومية (Brabender,1985).

2- التركيز الفردي مقابل التركيز الجمعي: تتباين الآراء فيما يتعلق بما إذا كانت العملية في الإرشاد الجمعي ينبغي أن تركز على المجموعة أو الفرد، أو على المجموعة والفرد بشكل تبادلي (Burlingame & Fuhrman , 1990)

الموقف المتساوي قد يتمثل في التركيز على الفرد والمجموعة في آن واحد إن وجود القادة المشاركين شكل مفيد، حيث يركز أحد القادة على مشكلات المسترشد الفرد، بينما يركز الآخر على القضايا التي تتعلق بالعملية الجمعية.

3- التركيز الحالي: تؤكد معظم مناهج الإرشاد الجمعي على أهمية الحفاظ على التركز على النقاط الآتية في العملية الجمعية (Burlingame & Fuhrman , 1990). يشير بالوم (1995) إلى أن المهمة الرئيسية لقادة المجموعة تتمثل في تشجيع أفراد المجموعة على الارتباط بالحالة، ثم جعل المجموعة تفكر في السلوك الحالي. هذا التركيز الحالي من المعتقد أنه يساعد أفراد المجموعة على التعلم عن أنفسهم من خلال الإفصاح الذاتي والتغذية الراجعة، وهم يتفاعلون بعضهم مع بعضهم الآخر (Sklare et al ., 1990).

4- أهداف المجموعة : إلى حد ما، تحدد أهداف المجموعة طبيعة المجموعة. على سبيل المثال، المجموعة المصممة لمناقشة الوالدية قد يكون لها تأكيد تعليمي، بينما المجموعات المصممة لتحسين العلاقات البينشخصية تميل إلى أن تكون خبراتية في طبيعتها.

حجم المجموعة، وتركيبها، وفترتها

GROUP SIZE , COMPOSITION, AND DURATION

يتباين الحجم المناسب للمجموعة وفقاً لنوع المجموعة وأعمال أعضاءها على سبيل المثال، مجموعة العلاج النفسي باللعب لا ينبغي أن تزيد عن أربعة أطفال حتى يكون المرشد النفسي فعالاً ومؤثراً. على النقيض من ذلك، قد يعمل المرشد النفسي المدرسي بشكل فعال مع حجرة دراسة مليئة بالطلاب بالنسبة للإرشاد الجمعي والعلاج النفسي الجمعي، فإن متوسط حجم المجموعة يتراوح ما بين 4-10 أفراد (Burlingame & Fuhrman, 1990)، وهو عدد كافٍ لإتاحة الفرصة لتنوع الأفكار، وأقل لإعطاء الفرصة لكل عضو للمشاركة. أيضاً تركيب المجموعة قضية أخرى هامة لابد من اعتبارها عند تشكيل المجموعة. فالمجموعات قد تكون متجانسة أو غير متجانسة.

فالمجموعات غير المتجانسة تتألف من أفراد مختلفين في السن، والجنس، والثقافة، الحالة الاقتصادية الاجتماعية، وغير ذلك. هذه المجموعات يمكن أن تساعد في تعزيز تنوع الأفكار التي تهم أفراد المجموعة كما يُعتقد أيضاً أن المجموعات غير المتجانسة تعزز الفردية نظراً للمدى الواسع من الموضوعات أو القضايا التي تخاطبها (Unger,1989) تستخدم المجموعات غير المتجانسة بشكل شائع في المدارس، حيث يمكن للمرشد النفسي إجراء جلسة عن التدخين وقلق الاختبار مع الفصل كله، أو في مراكز الصحة النفسية المجتمعية، حيث قد يجعل المرشد النفسي العديد من المسترشدين

يشاركون في الإرشاد الجمعي لحل مشكلات شخصية أما المجموعات المتجانسة فتكون من أفراد لديهم أشياء مشتركة مثل الآباء الذين يطلبون التعلم عن الوالدية، أو المسترشدون الذين يعانون من اضطرابات الأكل ميزة المجموعات المتجانسة هي أنها تعزز العمومية من خلال وضع الأفراد ذوى المشكلات أو الهموم المتشابهة معاً كما يُعتقد أيضاً أن المجموعات المتجانسة تدعم ترابطاً وتعرفياً أقوى من غير المتجانسة (Unger , 1989).

أما الفترة، فترتبط بثلاث قضايا : ما إذا كانت المجموعة مفتوحة أم منغلقة، وطول كل جلسة، وعدد الجلسات. فالمجموعات المفتوحة مستمرة بدون وضع تاريخ للإنهاء، وتسمح لأعضاء جدد بالدخول إليها في أي وقت. أما المجموعات المنغلقة فلها تاريخ في البدء محدد، ولا تسمح لأعضاء جدد بالالتحاق بها بعد الجلسة الأولى. غالباً ما تستخدم المجموعات المنغلقة عند يريد الأعضاء تعلم قواعد معينة، ولا ترغب في مراجعة ما تم تغطيته في الجلسة المبكرة. مجموعة تعليم الوالد المصممة لمساعدة الأفراد في التعلم عن الوالدية قد يكون مثالاً على المجموعة المنغلقة. تميل مجموعات المرضى خارج المستشفى إلى أن يكونوا نصف منفتح، ونصف منغلق، بينما من هم في المستشفى يميلون إلى أن يكونوا منفتحين لتحقيق المصلحة لمرضى جدد ممن الذين يحالون إلى المستشفى (Burlingame & Fuhrman , 1990) معظم المجموعات، تستمر كل جلسة إلى ما يقرب من 90 دقيقة (Burlingame & Fuhrman , 1990).

لابد أن يحدد قائد المجموعة والأعضاء طول الجلسة مسبقاً، أن يلتزموا به قدر الإمكان، بحيث يضع الأعضاء الخطة وفقاً لذلك. يتباين عدد الجلسات المرتبطة بالعمل الجمعي وفقاً لنوع المجموعة واحتياجات أفراد المجموعة، والتوجّه النظري لقائد المجموعة فقد تتطلب المجموعات التعليمية من 6-10 جلسات، أو قد تمتد إلى كل العام الدراسي. بالنسبة لمجموعات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فإن عدد الجلسات تختلف وفقاً للظروف. مجموعات المرضى النفسيين الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى عادة ما يلتقون مرة كل يوم في المستشفى. في حين أن العلاج النفسي الجمعي والإرشاد النفسي الجمعي في مواقع الصحة النفسية خارج المستشفى مثل العيادات الخاصة يحدث مرة في الأسبوع لعدة أشهر.

استخدام القادة المساعدين USE OF COLEADERS

هناك عدة مميزات لوجود قائد وقائد مساعد في الإرشاد الجمعي أولاً، يمكن أن يستفيد أعضاء المجموعة من خبرة الاثنين. ثانياً، قد يكون من المفيد أن يوجد مرشد نفسي رجل، ومرشدة نفسية، وذلك لخلق اتجاه متوازن. ثالثاً، في نهاية الجلسة، يمكن أن يقضي القائد والقائد المساعد بعض الوقت في التشاور عن الجلسة. ونتيجة لذلك، يمكن أن يحصلا على فهم شامل عما حدث. أما الميزة الرابعة، فتتمثل في أن القائد يستطيع التركيز على مساعدة المسترشد على العمل خلال المشكلة الشخصية، في حين يركز القائد المساعد على دور القائد الجلسة الجماعية يمكن أن ينطوي على خلق مناخ من الثقة، مناخ إيجابي، الإبقاء على المجموعة في المهمة، ومساعدة كل عضو من الأعضاء

بقيمة ذاته، ومساعدة المسترشدين المترددين على المشاركة في المجموعة، والتعامل مع الأفراد الذين يريدون احتكار المجموعة وتجريبها أيضاً هناك مميزات أخرى لوجود القادة المساعدين في المجموعات (Corey& Corey,2010) من بينها تجنب الاحتراق النفسي، وإتاحة الفرصة للتغطية إذا كان القائد مريضاً، تجهيز ردود أفعال وجدانية قوية لقادة المجموعات، والعمل خلال الرد العكسي إذا حدث. إلا أن هناك بعض العيوب في وجود القادة المساعدين (Corey& Corey,2010) فكثير من المشكلات قد تنشأ من عدم الثقة والتعاون بين القائدين. وعندما يحدث ذلك، فإن القائد قد يتنافس مع القائد الأخر ليحصل على إعجاب أعضاء المجموعة قد تستهلك المشكلات بين القادة وقت المجموعة. حيث يتعاملون مع مشكلاتهم التي لم تُحل.

تشخيص وتوجيه ما قبل المجموعات

PREGROUP SCREENING AND ORIENTATION

فيما يبدو ان هناك علاقة ارتباط بين الوقت المنقضي في الإعداد للمجموعة والنتائج الموجبة للمجموعة (Lynn & Frauman , 1985) تُستخدم المقابلة من قبل المجموعة للمساعدة في تشخيص وتوجيه أعضاء المجموعة الذين سوف ينضمون إليها. الخطوات الأربعة في المقابلة التشخيصية لما قبل المجموعة هي : تحديد الاحتياجات، التوقعات، والالتزامات، وتحدي الخرافات وسوء الفهم والإدراك، نقل المعلومات، والتشخيص (Couch ,1995). في هذه العملية، يحاول المرشد النفسي ضمان أن توقعات المسترشد منطقية تتناسب وأهداف المجموعة. كما يمكن للمرشد النفسي التعرف على الأفراد الذين يفتقدون إلى قوة الأنا اللازمة للتعامل مع التغذية الراجعة المفتوحة التي تحدث بشكل طبيعي في الإرشاد الجمعي.

التوجيه قبل المجموعة مُصمم لمساعدة الأعضاء على الاستعداد للدخول في المجموعة. لابد من مناقشة القضايا التالية مع أعضاء المجموعة الذين سوف يلتحقون بها، قبل دخولهم إلى المجموعة (Corey& Corey,2010)

- هدف المجموعة.
- شكل المجموعة، وإجراءاتها، وقواعدها الأساسية.
- مدى مناسبة المجموعة للمسترشد.
- مشكلات المسترشد.
- تعليم القائد، وتدريبه، ومؤهلاته.
- المخاطر النفسية المحتملة التي قد تنتج عن المجموعة.
- النفقات والأمور المالية.

- حدود السرية والموثوقية.
- ما هي الخدمات التي تقدمها المجموعة.

يمكن أن تتباين قضايا التشخيص قبل المجموعة وفقاً للمكان على سبيل المثال، في الإرشاد النفسي المدرسي، يمكن استخدام التشخيص قبل المجموعة لتعزيز التركيب المناسب للمجموعة (Hines & Fields,2002) ينبغي على المرشد النفسي المدرسي اعتبار قضايا مثل السن، مستوى النضج، الجنس، والثقافة لعمل توازن في تركيب المجموعة. هناك عوامل أخرى تعتبرها هامة في تشكيل المجموعة، وتشتمل على ضمان الملائمة بين نوع المجموعة وحاجات الطالب، وضمان أن الطلاب سوف يعلمون معاً بشكل جيد.

المراحل في الإرشاد الجمعي STAGES IN GROUP COUNSELING

تمت العديد من المحاولات لتحديد المراحل في الإرشاد الجمعي (Corey ,2007 ,Gazda, 1989) تحت فرص أن نموذج المراحل يقدّم تنظيماً للعملية يساعدنا على فهمها بشكل أفضل. طوّر كوري & كوري (2010) النموذج التالي الذي يتكون من أربعة مراحل : البداية، الانتقال، العمل، النهاية :

المرحلة الأولي : مرحلة البداية : تنطوى المرحلة الأولي من الإرشاد الجمعي على التشخيص والتوجيه، وتحديد بنيه المجموعة - الوظائف الرئيسية لقائد المجموعة أثناء هذه المرحلة هي تحقيق أو إرساء القواعد الأساسية، والمعايير الرئيسية للمجموعة، ومساعدة الأعضاء على التعبير عن مخاوفهم وتوقعاتهم، والانفتاحية والحضور النفسي، ومساعدة أعضاء المجموعة في تحديد الأهداف الشخصية الدقيقة، والمشاركة في التوقعات وتطلقات المجموعة. أثناء المرحلة الأولى، يحاول الأعضاء خلق الثقة، والاشتراك في وضع معايير المجموعة، وتحقيق الأهداف الشخصية ووضعها، والتعرف على ديناميكيات العملية الجمعية.

المرحلة الثانية : مرحلة الانتقال : مرحلة الانتقال تتميز بأنها الوقت الذي يمر فيه أعضاء المجموعة بالقلق والدفاع عن ما يشككهم في قيمة المجموعة. الأعمال الرئيسية لقائد المجموعة أثناء هذه المرحلة تتمثل في تشجيع الأعضاء على التعبير عن قلقهم، والتعامل بإنفتاحية مع الصراعات التي تحدث داخل المجموعة، ومساعدة أعضاء المجموعة على تحقيق الاستقلالية والذاتية. أثناء هذه المرحلة، من الطبيعي بالنسبة لأعضاء المجموعة أن يهمهم تقبل الآخرين لهم. فالمهمة الرئيسية للأعضاء هي التعرف على والتعبير عن مشاعر المقاومة نحو العملية الجمعية.

المرحلة الثالثة : مرحلة العمل : تحدث مرحلة العمل عندما يشعر أعضاء المجموعة بالحرية في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم، والعمل في مشكلاتهم وهمومهم. الوظائف الرئيسية لقائد المجموعة أثناء هذه المرحلة هي تشجيع الأعضاء على ترجمة الاستبصارات إلى أفعال ومساعدتهم على القيام

بالتغييرات اللازمة لتحقيق أهدافهم. تتميز مرحلة العمل بتقديم أعضاء المجموعة القضايا الشخصية التي يرغبون العمل عليها، وتقديم وتلقي التغذية الراجعة، وتطبيق ما يتعلمونه في المجموعة عن حياتهم اليومية، وتقديم الدعم والتشجيع لأعضاء المجموعة الآخرين.

المرحلة الرابعة : مرحلة الإنهاء : ينبغي أن تقدم المرحلة النهائية للأعضاء انتقال سلس نحو إنهاء المجموعة. الأعمال الرئيسية لقائد المجموعة أثناء هذه المرحلة تتمثل في مساعدة المسترشدين في العمل نحو الإنهاء، وتقديم الفرص لهم لتلقي إرشاداً إضافياً إذا لزم الأمر، ومساعدتهم على اكتساب الفهم المفيد لما تعلموه. تتميز هذه المرحلة بالحزن والقلق بشأن إنهاء المجموعة. قد يبدأ الأعضاء في تقليل المشاركة لأنهم يستعدون للإنهاء، كما أنهم قد يقيمون تجربتهم مع المجموعة.

بعض المؤلفين يتشككون في فاعلية الإرشاد الجمعي يدّعي يالوم (Miller,1989 –Forester) أن المراحل مجرد طريقة لفرض نوع من البنية لا يوجد أصلاً في المجموعات. كما عبّر باتيرسون (Vacc,1989) عن وجهة نظر سلبية عن نموذج المراحل في الإرشاد الجمعي، حيث يرى أن الإرشاد الجمعي عملية مستمرة ليس لها مراحل منفصلة (Vacc,1989) بالإضافة إلى ذلك، يعتقد باتيرسون بأن نموذج المراحل يخلق توقعات لأعضاء المجموعة يمكن أن تتداخل مع عملية النمو الطبيعي للمجموعة (Vacc,1989). وهناك حاجة لإجراء المزية من البحوث عن هذا الموضوع.

الإرشاد الجمعي الموجز المتمركز حول الحل

FOCUSED GROUP COUNSELING -SOLUTION -BRIEF

كما ذكرنا في الفصول السابقة، فإن الاتجاهات في الإرشاد النفسي موجهّة نحو المناهج الموجزة المتمركزة حول الحل. لذا، فإن الإرشاد الجمعي تُصاغ مفاهيمه ضمن هذا الإطار. فقد قام كوى & زيمفر (1996) بتطبيق المبادئ الأساسية للإرشاد الموجز (التي وضعها دى شازر 1985,1988)، وتلر & بيلر، 1992) على الإرشاد الجمعي يري كوي & زيمفر أن الإرشاد الجمعي يناسب تماماً دمج المعتقدات الرئيسية للنموذج الموجز، تلك المعتقدات التي ترتكز حول الحل، ولها اتجاه قوي على سبيل المثال، يمكن أن يساعد أعضاء المجموعة في معرفة أن الفرد ليس لدية مشكلة مثل التحكم في الغضب. هذه الاستثناءات " لمشكلة الغضب يمكن أن يستكشفها اعضاء المجموعة لمساعدة الفرد على تعلم كيف يطبّق ما يفيده في المواقف المستقلة على المواقف الإشكالية.

تطبّق النماذج الموجزة المتمركزة حول الحل للإرشاد الجمعي على مجموعات التخصص، مثل في استخلاص المعلومات في المجموعات الصغيرة لضحية العنف أو الكارثة (, Juhnke & Osborne 1997)

استخلاص المعلومات عن ضغوط الحدث الهام يحتاج إلى جلسة مكثّفة (من 1-3 ساعات) والتي تساعد ضحية العنف او الكارثة على تحليل وتلخيص المواضيع المرتبطة بالخبرة المؤلمة (, Thompson

1993) مثل هذه المجموعات لديها مكونات تعليمية وخبراتية، وتمكنّ المشاركين من العمل خلال القضايا بالإضافة إلى الحصول على معلومات مفيدة تتعلق بموضوعات ذات صلة بالموضوع مثل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

يمكن لأفراد المجموعة إعاقة تقدم المجموعة إذا تعاملوا معها بعدم اهتمام

قام جونك وأوزيورن (1997) بدمج خلاصة المعلومات عن الحدث الضاغط مع أساليب الإرشاد المتمركز حول الحل كطريقة بديلة لإرشاد ضحايا العنف. هذا النموذج برنامج بنائي منظم يمتد إلى فترة ثلاثة أسابيع، ويستخدم أساليب المتمركز حول الحل لتعزيز التغير الإيجابي والاستشفاء بأسرع ما يمكن. تنطوي بعض الاستراتيجيات على تحديد السلوكيات التي تعزز التغيير، واستخدام أسئلة متدرجة لتحديد مقدار التغير الإيجابي بين الجلسات.

قد لا يكون الإرشاد الجمعي الموجز مناسباً لكل المسترشدين، قد لا يكون إرشاد المجموعة الموجز مناسباً للأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية دعميه طويلة الأمد (Couch , 1994) فيما يبدو أن سمات معينة للنموذج الموجز – مثل تركيزه على منظور القدرات – واعدة لكل نماذج الإرشاد الجمعي.

التعامل مع أفراد المجموعة المزعجين

DEALING WITH DISRUPTIVE GROUP MEMBERS

على الأقل، يوجد في كل مجموعة عضو مزعج. يذكر كوتلر (1994) أنه بغض النظر عن إجراءات التشخيص، إلا أن هناك أعضاء مزعجين يدخلون إلى المجموعات، ويمثلون تحدياً. الأنواع الأكثر صعوبة وإزعاجاً من أعضاء المجموعات التي واجهها كوتلر أولئك الذين يشعرون بأنهم مؤهلون، ولديهم اضطرابات شخصية. يشير كوتلر إلى أن الأفراد المزعجين يمكن أن يستفيدوا من التغذية

الراجعة الايجابية من أعضاء المجموعة الآخرين، والتدخلات الثابته، الداعمة من قادة المجموعات، كما ينبغي على قادة المجموعات أيضاً أن يكونوا منفتحين للمساهمات التي يقوموا بها للتعامل مع الصعوبات التي يمر بها أعضاء المجموعة.

الملحوظة الشخصية التالية تقدم مثالاً على كيف تعاملتُ مع أعضاء المجموعة ذوي السلوك المشكل

ملحوظة شخصية

أنا أيضاً قابلت تحدياً من أعضاء المجموعة ذوي السلوك المشكل - وعندما يحدث ذلك، أحاول أن أفهم كل عضو على أنه شخص فريد في هذا الوقت، وجدت أن هناك العديد من السلوكيات الإشكالية التي تفرض نفسها الأفراد الذين ينخرطون في هذه السلوكيات يُشار إليهم على أنهم عدوانيون، معوّقون، ساردون للقصص، ويحاولون لفت الانتباه إليهم.

العدوانيون قد يكونوا صريحين أو غير صريحين في سلوكهم العدواني نحو الأعضاء الآخرين في المجموعة، أو القائد وعندما يحدث ذلك، ينبغي أن يحاول القائد ألا يكون غاضباً أو يشعر بالتهديد. فالعدواني يحاول في الغالب خلق صراع. لذا، فإن رد الفعل الغاضب ربما يعزز من السلوك المدخل الأكثر إنتاجية - ربما - هو إعلام العدواني بكل شدة، ولكن بعطف أن عملية الإرشاد الجمعي تقوم على فلسفة التشجيع والدعم. وقد يكون من المفيد أيضاً استكشاف والعمل خلال مشاعر الشخص العدواني.

أما المعوّقون، فيميلون إلى أن يكونوا سلبيين، ويعوقون العملية الجمعية فغالباً ما يجدون طرقاً لتحويل الأنظار عن القضايا التي يتم الحديث عنها ويمنعون المجموعة من البقاء في المهمة، وهذا قد ينطوي على العديد من السلوكيات الفوضوية مثل المحاولة المستمرة لتغيير الموضوع، أو الشكوى من أن شيئاً ما لم يحدث في المجموعة. لذا، من الأهمية بمكان بالنسبة للقائد ألا يتصرف بغضب، حيث إن رد الفعل قد تخلق كفاحاً من أجل تحقيق القوة عندما يحاول المعوّق تغيير الموضوع، قد يقول القائد " لا ، تحوّلنا عن موضوع عملنا. فنحن في حاجة إلى أن نقضي بعض الوقت في هذا الموضوع حتى نصل إلى استنتاج له معنى ". أما ساردو القصص، فغالباً ما يحبون احتكار المجموعة من خلال سرد قصص عن أشياء حدثت منذ شهور مضت فما يقوله هؤلاء الأفراد قد لا يمثل أي أهمية لأعضاء المجموعة لأنهم ربما سمعوا عنه أو ليس لديهم الرغبة في أن يسمعوا عنه. وعندما يحدث ذلك، يمكن أن يسأل القائد السارد للقصة عن تفكيره ومشاعره في الوقت الحالي. يمكن أن يؤكد القائد على أهمية البقاء في الوقت الحالي، بحيث يكون لدى المجموعة شئ دقيق للعمل فيه.

أما الساعون للفت انتباه الآخرين، فيجدون طرقاً للفت الانتباه إليهم نظراً لأن الهدف هو لفت الانتباه، ينبغي أن يكون القائد حذراً " بألا يعزز السلوك. من الممكن استخدام إستراتيجيتين مع هؤلاء الأفراد أولاً ينبغي أن يشبع القائد حاجة الساعي للفت الانتباه إلى الانتباه في اتجاه إيجابي من خلال طلب المساعدة إذا لزم الأمر وعندما يفشل في ذلك، ينبغي على القائد أن يطلب منه الامتناع عن السلوكيات التي تسبب مشكلة. على سبيل المثال، إذا كان السلوك هو عمل " نكات " غير مناسبة بشكل متكرر، ربما يقول القائد " تحويل الموضوع الجاد إلى نكته لا يسمح للأعضاء في المجموعة العمل في القضايا بجدية وواقعية ".

الأخطاء الشائعة لقادة المجموعات

COMMON NISTAKES OF GROUP LEADRES

الأخطاء الشائعة التالية يقع فيها قادة المجموعات في مجموعات العلاج النفسي (Jacobs et al .,2002) :

محاولة إجراء العلاج النفسي بدون عمل عقد: من الأهمية بمكان ضمان أن الفرد يريد المساعدة في مشكلة معينة، وذلك بالسؤال المباشر لذلك الفرد عما إذا كان يريد المساعدة. إن افتراض أن الفرد يريد المساعدة قد يضيع الوقت القيّم للمجموعة على فرد ليس مستعداً للالتزام بالعمل في مشكلته.

قضاء وقت أكثر من اللازم مع شخص واحد: قد يهيمن على وقت المجموعة الأفراد المزعجون في المجموعة أو الأفراد الجذابون أو المتعون، الذين لديهم الرغبة في المساعدة في كل جلسة. إن على قادة المجموعات مسؤولية أخلاقية لضمان أن كل الأعضاء لهم الفرصة في المشاركة.

قضاء وقت أقل من اللازم مع شخص واحد: يمكن أن يقضي قادة المجموعات وقتاً أقل من اللازم مع أحد الأعضاء: أثناء عملية حل المشكلات في محاولة لإعطاء كل فرد الفرصة للحديث، في حين أن من الأهمية ضمان تشجيع كل الأفراد على المشاركة، فإن ذلك لا يعني أن كل الأفراد يحتاجون التحدث. حل المشكلة يحتاج أن يكون فرد واحد هو محل الاهتمام لفترة كافية من الوقت.

إعطاء الفرصة للأعضاء لإنقاذ بعضهم البعض: هناك ميل لأعضاء المجموعة لإنقاذ الأعضاء الآخرين عندما يشعرون بالألم أو الحزن الإنقاذ الوجداني ليس فعالاً في أي شكل من أشكال الإرشاد لأنه يوصّل التعاطف. بدلاً من ذلك، ينبغي على قادة المجموعات تشجيع الأعضاء على نقل الدعم، والتعاطف، والاهتمام.

تحويل الجلسة إلى تقديم النصيحة: ربما يعم تقديم النصيحة قبل الأوان يحاول الأعضاء تقديم المساعدة للأعضاء الآخرين في المجموعة أثناء حل المشكلات فتقديم النصيحة قبل الأوان ليس فعالاً في أي من الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد الجمعي. وعندما ما يحدث ذلك، يمكن للقائد أن يقترح أن يأخذ الأعضاء وقتاً أطول يستخدمون مهارات الاستماع لتحقيق فهم أفضل عن المشكلة قبل محاولة حلها.

صفات قادة المجموعات المؤثرين QUALITIES OF EFFECTIVE LEADERS

العامل الأكثر أهمية في الإرشاد النفسي الجمعي الفعال هو صفات قائد المجموعة. يخاطب ديكوسيا – ووك (1999) فن وعلم القيادة الفعالة للمجموعة، حيث إن فن قيادة المجموعة ينطوي على

الانتقال إلى أبعد من آفاق الراحة بالنسبة للفرد واختبار أنواع جديدة ومتعددة من الخبرات الجمعية. فمن الممكن توليد النمو والتجديد الشخصي من خلال التأمل الذاتي المستمر بلغة تحديد مناحي القوة والضعف في القيادة الجماعية. كما يتحدث ديلوسيا – ووك (1999) عن علم القيادة الجمعية، حيث يري أن المرشدين النفسيين ينبغي أن يعملوا مثل الباحثين المنخرطين في التقييم المستمر، وتنمية مهارات المجموعة، وأساليبها، وكفاءتها.

كما حاول آخرون وصف خصال قادة المجموعات المؤثرين. فالمرشدون المؤثرون في الإرشاد الجمعي يتناغمون مع العملية الجمعية (Ohlsen, 1970) ثم يمكنهم عمل التغيرات اللازمة لضمان الحركة العلاجية الإيجابية. تشتمل الخصال الشخصية المرتبطة. بالقيادة المؤثرة في المجموعة على : الحضور، القوة الشخصية،/ الشجاعة، الرغبة في مواجهة الذات، الوعي الذاتي، الإخلاص، الواقعية، والشعور بالهوية، الإيمان بالعملية الجمعية، الحماس، الإبتكارية، و الإبداع (Corey , 2007).

فقائد المجموعة هو الذي يضع الأساس للمناخ الوجداني للمجموعة (Yalom & Lieberman, 1971) عندما يعمل القائد بطريقة أوتوقراطية متحدية، أو بعيدة وجدانياً فإن الخبرة الجمعية تضر أكثر من أن تنفع الأفراد. أما القائد ذو المقادير المعتدلة من الأداء التنفيذي، والتحفيز الوجداني، ومقادير مرتفعة من الرعاية وعزو المعاني، فيسهم في التعديلات التي تطرأ على أفراد المجموعة تشير الأدبيات بوجه عام، إلى أن خصال قادة المجموعات المؤثرين لها وجودها الإيجابي، الذي يمكن أن يغرس الثقة والحماس، حيث إن لهذا القائد القدرة على عمل التكيفات اللازمة، كما أنه حساس للعملية الجمعية، ويهيئ المناخ العلاجي المناسب، ويسعى في طلب خبرات جمعية جديدة تساعد على النمو والتنمية للأعضاء.

قضايا التنوع DIVERSITY ISSUES

الأفراد الذين يخضعون للإرشاد الجمعي متنوعون (Horne,1996). إن نماذج الإرشاد الجمعي تتسع للاستفادة من الاعتماد على هؤلاء الأفراد المختلفين وأيضاً الأماكن المتنوعة. يحتاج المرشدون النفسيون إلى أن يكونوا على وعي بالكيفية التي يمكن أن يؤثر بها التنوع الثقافي على ديناميكيات المجموعة (McRae, 1994) على سبيل المثال، الأفراد ذوو وجهات النظر المتشابهة عن الذات وعن العالم يمكنهم تكوين تحالفات أو ائتلافات داخل المجموعة وتجنب الأفكار النمطية عن أفراد المجموعة والتي تتعلق بالخطوط العرقية؟ ويحاولون فهم الأفراد كأفراد يعملون داخل بيئة جمعية .(McRae, 1994)

هناك تحديات وفرص في الإرشاد الجمعي متعدد الثقافات يمكن أن تستنبط التحديات من التحيز، صعوبة التواصل سوء الفهم، والخوف بين أعضاء المجموعة. هذه الأنواع من التحديات يمكن أن تعرف أو تعزز النمو الجمعي. عندما تنشأ المشكلات، ينبغي التعامل معها مباشرة في المجموعة

(Johnson et al .,1995). في هذا السياق، يمكن استخدام العملية الجمعية لمساعدة الأعضاء على تنمية مستويات جديدة من التواصل، والفهم، والثقة، الحساسية للمجموعات الثقافية الأخرى (Johnson et al .,1995).

تعرض الفرص نفسها من حيث الكيفية التي يمكن للأفراد المختلفين في المجموعة أن يوسعوا بها منظورهم لحل المشكلات واتخاذ القرارات العلاج النفسي الجمعي بالمساواة بين الجنسين مثال على غرس قضايا التنوع في العمل الجمعي. يذكر ريتينهاوس (1997) أن المنظور المطالب بالمساواة بين الجنسين مفيد في مجموعات الناجين لمساعدة السيدات على الاستشفاء من الصدمة الجنسية أو الخبرات الحياتية السلبية الأخرى. يشير ريتينهاوس (1997) إلى أن المفتاح لتحقيق النجاح في الإرشاد الجمعي المطالب بالمساواة بين الجنسين هو خلق علاقة مساواة بين أعضاء المجموعة أنفسهم وبين الأعضاء والقائد. بالإضافة إلى ذلك، إن تعزيز المساواة والمساعدة يمكن أن تكون هامة في تشجيع الأعضاء على أخذ دور نشط في استشفائهم، وفي التغلب على القوى القهرية التي تفوق نموهم والمبدأ الرئيسي الثاني هو مساعدة الأعضاء على النظر إلى أبعد من السببية النفسية الداخلية، واستكشاف المشكلات من منظور إيكولوجي.

هذه العملية يمكن أن تساعد الأفراد على التحوّل من الذاتية واللوم الذاتي إلى استكشاف القوى السياسية والاجتماعية - الثقافية مثل القهر في الأدوار الأسرية وورشة العمل. وهذا لا يوحي بالتحوّل في اللوم من الذات إلى الآخرين، ولكن محاولة لتحديد كيف يمكن للأعضاء " إعادة اختراع عالمهم " بأسلوب حساس للجنس، وأسلوب له معنى. هذه العملية من الاستشفاء يمكن أن تنطوي على أنشطة مثل فهم الذات بلغة تتعلق بالجنس مثل تلك الموجودة في الأعمال الأولية لكارول جيلجيمان (1982) عبر النمو الخلقي الأنثوي. إن شكل المجموعة وتركيبه يناسب مناقشة هذه المواد حيث إنها تسمح بالتجهيز الخبراتي للأفكار والمفاهيم.

يذكر ديلوسيا وووك (2000) أن الإرشاد الجمعي لابد أن يعكس منظوراً لمدى الحياة وأن يستخدم نماذج وإجراءات مختلفة تعتمد عمر المسترشدين والحالة النمائية لهم. على سبيل المثال، يميل الأطفال إلى الحاجة إلى تنظيم مكثّف للحفاظ على الانتباه والتركيز لابد لتدخلات الإرشاد الجمعي أن تكون مناسبة من حيث النمو المعرفي والنفسي الاجتماعي. لقد تم تنمية نماذج خاصة لمخاطبة مشكلات الأطفال والمراهقين، مثل الاكتئاب (Sommers Flanagan et al .,2000) اضطرابات الأكل (Daigneault ,2000)، والنمو النفسي الاجتماعي من خلال تعزيز مهارة التعاطف (Akos , 2000).

قضايا التنوع ليست مقصورة على قضايا الجنس والثقافة، بل يمكن أن تشتمل على صفات أخرى مثل الأفراد صعوبات التعلم والإعاقات الجسدية. في عام 1995، كان هناك 43 مليون أمريكي من ذوي الصعوبات، جعلتهم هذه الصعوبات أكبر مجموعة أقليات في الولايات المتحدة (Patterson et al 1995 .,). لسوء الحظ، هذه المجموعة من الأفراد تم إقصائها بشكل منظم من الفرص - على مر

التـاريخ – بمـا فـي ذلـك الإرشـاد الجـمـعي بسـبب العـوائق الإتجـاهاتيـة والبـيـئـيـة (Patterson et al ., 1995). وضـع القـانون الأمـريكي لذوي الصـعوبات في عـام 1990 الحقوق لذوي الصـعوبات فيمـا يتعلق بدمجهم في المجتمع (Brown ,1995).

بدأ المتخصصـون في العمل الجمعي تحقيق تقدم في كسر الحواجز والمعوقات التي يواجهها ذوو الصـعوبات في المشـاركة في العـمل الجـمـعي (Horne , 1995) ينبـغي على المرشـدين النفسين في الإرشـاد الجـمـعي أن يكونـوا حسّاسين لحـاجـات ذوي الصـعوبات (Patterson et al ., 1995)، حيث ينبغي عليهم ممارسـة قواعد أو آداب الصـعوبة بمعـاملة كل الناس المختلفين كأفـراد أولاً وفي المقام الأول، وتكييف العـملية الجـمـعية، مثل ضـمـان أن الشـخص ذوي الاضطراب السـمـعي يمكنه أن يري شـفتي المتحدث. أيضـاً، إنهـا مسـؤولية القـائد في أن يخاطب العقبات البيئية والاتجاهاتية التي قد تعوق نمو الفرد ذي الصعوبات، ويمكن أيضاً أن يكون لها تأثير عكسي على العملية الجمعية.

التنوع في كل صوره يخلق فرصاً وتحديات فريدة، في عـام 2007، استجـابت الجـمعيـة الأمـريكيـة للمـتخـصـصين في العـمل الجـمـعي لهـذه التـحديات بتـحـديد صـفـات العـاملين في المجـال الجـمـعي التنـافسي بما في ذلك الوعي، والمعـرفـة والمهـارات اللازمـة لمخـاطبـة الحـاجـات الفـريدة والظاهرة للمسترشدين في المجتمع متعدد الثقافات (Thomas & pender , 2008)

الخلاصة

إن فن وعلم الإرشاد الجمعي يضيفان بُعداً ديناميكيـا هاماً للعملية الإرشادية فالمرشدون النفسيون – مثل الفنانين يمكنهم تكييف الاتجـاهات الإرشـادية للحـاجـات الفـريدة المسـتجـدة للمسـترشـدين المختلفين في المواقع الارشـادية الجـمـعية. أمـا المرشـدون النـفسـيون كعلمـاء، فيمكنهم الانخـراط في التشخيص ما قبل المجموعة لضمان أن أفراد المجموعة الذين سوف ينضموا إليها مناسبون للعمل الجمعي، ويمكنهم دمج البنية المناسبة في العملية الجـمـعية، مثل ضـمـان أن أفـراد المجـموعـة لديهم أهداف إرشادية شخصية وأن المجموعة تعمل من منظور نظري واضح.

المساعدون المتخصصون يشتركون بشكل روتيني في العمل الجمعي في ممارساتهم الإرشادية وفي كل أنواع المواقع، بما في ذلك المدارس، والمستشفيات، والوكالات، والعيادات الخاصة قد يكون الإرشاد الجمعي هو الشكل الوحيد للتدخل الإرشادي مثلاً في تعليم الوالدين أيضاً يمكن أن تكون المجموعات مفيدة أو عـاملاً مسـاعداً هاماً للعمليات الإرشـادية الأخرى خصوصاً الإرشـاد الفردي، تلك العمليات الإرشادية التي يحاول عملاؤها تجربة ما تعلموه في الإرشاد الفردي ضمن سياق المجموعة.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هي القضايا التي ترى أنها مهمة من حيث الديناميكيات الجمعية، وكيف تخاطب هذه القضايا؟

2- كيف تقيم مهارتك في القيادة الجمعية، وكيف يمكنك العمل نحو تحسينها؟

3- ما هي المظاهر في الإرشاد الجمعي التي تجعلك تشعر بالارتياح، وكيف تخاطب هذه القضايا؟

4- كيف يمكن للإرشاد الجمعي أن يكون مفيداً لك؟

الفصل 13

الإرشاد المهني

إطلالة على الفصل

الإرشاد المهني تخصص ناشئ، ومتحد، ويساعد الأفراد على التخطيط لحياتهم المهنية ، واتخاذ القرارات بشأنها طول فترة الحياة هذا الفصل يتناول الموضوعات الآتية :

- فن وعلم الإرشاد المهني.
- نشأة الإرشاد المهني.
- الأساس النظري من حيث التنمية المهنية واتخاذ القرارات.
- قضايا العلاج، بما في ذلك الإرشاد الفردي مقابل الإرشاد المهني، وأدوات التقييم، إستراتيجيات التدخل، وعملية الإرشاد المهني .
- قضايا خاصة، بما في ذلك الإرشاد المهني للسيدات والإرشاد المهني المدُار بالكمبيوتر .
- قضايا التنوع في الإرشاد المهني.

فن وعلم الإرشاد المهني

THE ART AND SCIENCE OF CAREER COUNSELING

الاتجاه الحديث نسبياً في الإرشاد المهني هو دمج النظرية والممارسة المهنية. هذان البُعدان للإرشاد المهني يتطابقان مع بُعدي الفن والعلم للإرشاد النفسي، حيث تمثل النظرية المهنية العلم، وتعكس الممارسة الفن. قدّم كرومبولتز (1996) مبرراً لدمج النظرية والممارسة المهنية، حيث أشار إلى أن السبب في تجاهل النظريات المهنية يتمثل في تركيز الممارسين على التنمية المهنية وليس على استراتيجيات التدخل. قدمت النظريات تعليمات عملية قليلة. يجب أن يقوم بها المرشدون النفسيون أثناء العملية الإرشادية.

ومع ذلك، فإن أعمال منظّرين أمثال هولاند، وسوبر كرومبولتز قد ساعدت على دمج النظرية والممارسة (Herr,1996). أحد الأمثلة الواضحة هي أدوات القياس التي طوّرها هولاند (قائمة التفضيل المهني) وسوبر (قائمة التنمية المهنية)، وكرومبولتز (قائمة المعتقدات المهنية). كما أسهم كثيرون أيضاً (Chartrand, 1996 Harmon, 1996) Holland, 1996, savickas, 1996. طوّر سافيكاس (1996) إطار عمل يمكن استخدامه لربط النظريات المهنية بالممارسة. يعتبر نموذج، تكييف

لنظرية واجنر (1971) عن التحليل البنائي للشخصية لمجال علم النفس المهني (Savickas ,1996, p.196) وهو نموذج شامل، يشتمل على ستة أنواع من الخدمات المهنية : الوضع المهني، التوجيه المهني، الإرشاد المهني، التربية المهنية، العلاج المهني، والتدريب على المهنة (Savickas , 1996). على الرغم من تحقيق تقدم في دمج النظرية والممارسة، إلا أن سافيكاس و ولش (1996) يشيران إلى أنه ما زال هناك حاجة لأعمال أخرى إضافية لتقليص (لخفض) الفجوة.

إن دمج الإرشاد المهني التقليدي مع الإرشاد الفردي اتجاه آخر يعكس فن وعلم. لقد اعتمد الإرشاد المهني التقليدي - إلى حد بعيد - على أدوات القياس مثل قوائم الاهتمام والتي يمكن استخدامها مع أو بدون مساعدة الكمبيوتر. هذه الأدوات - والتي تمثل البُعد العلمي - تقدّم معلومات موضوعية يمكن أن تعزز العملية الإرشادية. ينطوي فن الإرشاد المهني على محاولة وضع المعلومات الموضوعية مع العالم الشخصي المتغير دائماً للمسترشد. في قلب هذه العملية يوجد فن مخاطبة القضايا الشخصية والمشكلات التي قد تنشأ أثناء العملية الإرشادية. لذا، فإن القضايا المهنية لا يُنظر إليها على أنها منفصلة أو منعزلة، ولكنها متداخلة مع الأداء النفسي العام للفرد.

نشأة الإرشاد المهني EVOLUTION OF CAREER COUNSELING

لقد تغيّر عالم الأعمال - مثله في ذلك مثل المجتمع الإنساني - بشكل دراماتيكي عبر القرون الماضية. لقد كانت لدى أسلافنا السابقين فرص محدودة، واختيارات أيضاً فيما يتعلق بالعمل (Axelson , 1999) فما كان يفعله الناس، كان مقيداً بالحفاظ على بقائهم. اليوم، يعمل الناس لأسباب عديدة تتخطى الحصول على المال للطعام والمأوى. البعض يعمل من أجل تعزيز تقدير الذات لديهم، في حين أن لآخرين هدف الاستقلال، والبعض الآخر يريد مساعدة الناس، وبعضهم يعمل من أجل ممارسة القوة والتحكم. نظراً لتغيّر حاجات الناس على مدار الحياة، أيضاً يتغير نوع العمل الذي يرون أنه مناسب والذي بدورة ربما يفسر التغيرات المهنية التي يمكن أن تحدث خلال حياة الفرد.

أصبح الإرشاد المهني وسيلة لمساعدة الأفراد في تنمية مهارات التخطيط المهني واتخاذ القرارات التي تتعلق بالمهنة، وذلك لتيسير الاختيار المهني على مدار السنين، اتخذ أسماءً متعددةً، تشتمل على: الإرشاد المهني، والتوجيه المهني، الإرشاد الوظيفي، إلا أن هذه الأسماء لها تركيز أضيق من الإرشاد المهني، حيث إنها تركز على أهمية الحصول على معلومات مهنية في اختيار حياة مهنية معينة. أما الإرشاد المهني، فهو مفهوم شامل له أساس نظري قوى يقوم على العديد من نظريات التنمية المهنية ويمكن تعريفه بأنه " سلسلة من التدخلات العامة والخاصة على مدار الحياة، تتعلق بمشكلات أو موضوعات مثل الفهم الذاتي، وتوسيع آفاق الفرد، اختيار العمل، التحدي، الرضا، وقضايا أسلوب الحياة، مثل التوازن في العمل، والأسرة والمتعة

(Engels et al., 1995 , p. 134). الإرشاد المهني - مثله مثل كل تخصصات الإرشاد الأخرى - لابد أن يقوم على كفاءات إرشادية عامة (Engels et al., 1995) الإرشاد المهني يمارسه المرشدون النفسيون المتخصصون في المدارس والوكالات. بعض المرشدين النفسين يدمجون الإرشاد المهني في ذخيرة مهارات المساعدة لديهم لمساعدة المسترشدون في استكشاف القضايا المهنية والمشكلات الشخصية، كما يمكن أن يتخصص المرشدون النفسيون في هذا المجال، ويعرّفون أنفسهم بأنهم مرشدون نفسيون في مجال الإرشاد المهني، أو متخصصون في التنمية المهنية في عام 1952، اعترفت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي بالمهارات الخاصة والاهتمامات المهنية المرتبطة بالإرشاد المهني. وذلك بإنشاء قسم خاص أطلق عليه اسم الجمعية القومية للتنمية المهنية، والتي أخذت دوراً نشطاً في أوراق اعتماد الإرشاد المهني، والتي نتج عنها أن أصبح الإرشاد المهني التخصص الأول الذي تقدمه اللجنة القومية للمرشدين النفسين المعتمدين. تشتمل متطلبات الشهادة على ما يلي:

- الحصول على الشهادة من اللجنة القومية للمرشدين المعتمدين (أنظر الطلبات في الفصل الثاني)
- الحصول على درجة جامعية في الإرشاد النفسي أو مهنة ذات صلة.
- العمل - ولو جزئياً - في الإرشاد المهني لمدة ثلاث سنوات بعد التخرج.
- النجاح في الاختبار القومي للمرشد النفسي المهني.

في القرن الحادي والعشرين، فإن عالم العمل أصبح في حالة دائمة من الجريان، وبالتالي هناك فرص وتحديات، بعض المظاهر الواضحة لبيئة العمل في الوقت الحاضر هي: ونقص الأمان الوظيفي، قلة فرص التوظيف الدائم في نفس العمل، والمنافسة العالمية الزائدة. واتساع الأسواق العالمية (Loike , 1996 -Stolz)، كما أن ورشة العمل الحديثة أصبحت عبارة عن " مغامرة مشتركة بين صاحب العمل، حيث مشكلات لابد من حلها، وأعمال ومهام لابد من أدائها، والموظفين الذين لديهم المهارات، والحاجات التي لابد من الوفاء بها "(Feller , 1995 , p.158). الأفراد الذين ينمّون هذه المهارات هم الناجحون. هناك عوامل ضرورية لتنمية المهارة وهي : مهارات المرونة وأوراق الاعتماد التعليمية التي تعزز التعليم المستدام، والتكيّف، ومهارات حل المشكلات (Loike , -Stolz 1996).

الأسس النظرية THEORETICAL FOUNDATIONS

هناك العديد من النظريات للتنمية المهنية واتخاذ القرارات المهنية هذه النظريات تصف كيف تحدث التنمية المهنية خلال فترة الحياة، وما يلزم في عملية الاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية.

نظريات التنمية المهنية Career Development Theories

نظريات التنمية المهنية ترتبط بكيفية تنمية القضايا المهنية على مدار الحياة. هذا الجزء يراجع ثلاث نظريات بارزة للتنمية المهنية، وهي : نظرية دولاند سوبر، جون هولاند، وآن رو، وتأثير المنشأ الأسري على التنمية المهنية.

نظرية سوبر : يصف سوبر (1990,p.1999) نظريته بأنها " مجموعة متحدة - بشكل غير محكم - من النظريات التي تتعامل مع مظاهر معينة من التنمية المهنية، مأخوذة من علم النفس النمائي، الفارق والاجتماعي، والشخصية، والظواهراتي " تؤكد النظرية على دور مفهوم الذات في التنمية المهنية، وتشير إلى أن الكيفية التي يعرّف بها الأفراد أنفسهم تؤثر بشكل رئيسي على اختياراتهم المهنية (2002 , 1980 , Super ,1957). على سبيل المثال، الشخص الذي لديه تصور عن الذات بأنه عامل قوي، ويعمل بجد قد ينجذب إلى الوظائف الجسدية مثل ميكانيكي السيارات. يمكن اعتبار نظرية سوبر (1957) نمائية لأنه يرى أن هناك خمسة مراحل للتنمية المهنية، كل منها تتطابق مع المهام النمائية : النمو، والاستكشاف، والانجاز، الصيانة، والانحصار، وفيما يلي نقدّم استعراضاً لهذه المراحل.

مرحلة النمو : من الميلاد إلى سن 14 عاماً ينمو مفهوم الذات، حيث يتماثل الشخص مع الآخرين. المهام النمائية أثناء مرحلة النمو تشتمل على اكتساب الفهم الذاتي والحصول على فهم عام عن عالم الأعمال. أيضاً، لمرحلة النمو ثلاثة مراحل فرعية : مرحلة الخيال، وتحدث من سن 4-10 سنوات، وتنطوي على قيام الطفل بلعب الأدوار الحالية المتعددة فيما يتعلق بعالم الأعمال (مثلاً : تمثيل دور الطبيب أو الممرضة). مرحلة الاهتمام، تأثير على الطموحات المهنية. المرحلة الثالثة وهي القدرة، وتحدث من سن 13-14 سنة، وتتميز بالنظرة الواقعية لعالم الأعمال حيث يصبح الأفراد على معرفة ودراسة لقدراتهم ومتطلبات الوظيفة.

أما المرحلة الثانية في نموذج سوبر، فهي الاستكشاف، وتمتد من سن 14-24 عاماً. وهذه الفترة هي فترة الفحص الذاتي في علاقتها بعالم الأعمال. أثناء هذه الفترة، يبدأ الفرد أيضاً في الاختبار المباشر للعمل، وذلك بالمشاركة في الأعمال لبعض الوقت. تشتمل المهام النمائية ذات الصلة بالمرحلة الاستكشافية على البلورة، التحديد، والتطبيق للتفضيل المهني. أيضاً لمرحلة الاستكشاف ثلاثة مراحل فرعية : المرحلة المؤقتة، وتمتد من سن 15-17 سنة، وتنطوي على تحديد مجالات العمل المناسبة، مرحلة الانتقال وتبدأ من سن 18-21 سنة، وفي أثناء هذه المرحلة قد ينضم الفرد إلى تدريب تعليمي مهني خاص يرتبط بمجال العمل، ويدخل مباشرة إلى سوق العمل. أما المرحلة الفرعية الثالثة، فيُطلق عليها المحاولة - التزام بسيط، وتتراوح من بين سن 22-24 سنة، وفيها يبدأ الفرد عادة أول وظيفة. الالتزام عادةً مؤقت لأن الشخص يقرر ما إذا كان الاختيار المهني مناسباً أم لا.

أمـا المرحلة الـرئيـسـيـة الـثـالـثـة فـهـي (الـتـأسـيـس) الإنـجـاز، وتـتـراوح مـا بين سـن 24–44 سـنـة عندمـا يكون الأفراد قد حددوا مجال العمل المناسب، ويلتزمون به لفترة طويلة.

أما المهمة النمائية الرئيسية فتطوي على الدمج والتطور. يرتبط بهذه المرحلة مرحلتان فرعيتان. أما الأولى فهي الالتزام التجريبي والاستقرار، وتحدث من سن 25–30 سنة، وفيها إما يستقر الفرد في مهنة معينة، أو يصبح غير راض، ويسعى للبحث عن عمل آخر. أما المرحلة الفرعية الثانية فهي التطوّر، وتمتد من سن 31–44 عاماً، وهذا هو وقت الاستقرار، ويكتسب خلالها الفرد الخبرة والترقيات، كما أنها فترة الإبداع والإنتاجية.

أما المرحلة الرابعة من نموذج سوبر فهي الإستمرار، وتمتد من سن 44–64 عاماً، وفيها يستمتع الفرد بالأمان، والخبرة، ويحاول الحفاظ على الحالة كمتخصص منتج. المهمة النمائية الرئيسية لهذه المرحلة هي الحفاظ على الحالة التي تم إنجازها أما المرحلة الأخيرة من نموذج سوبر، فهي الإنحدار (الانحصار)، والتي تبدأ في سن 64 عاماً. أثناء هذه الفترة، يهيئ الأفراد أنفسهم للتقاعد، وأيضاً تنحصر المهارات والقدرات الجسمية والعقلية. أما المهام النمائية الرئيسية، فهي : التباطؤ، التحرر، والتقاعد. المرحلتان الفرعيتان الأوليتان في مرحلة حالة الانحصار هي : التباطؤ، ويحدث بين سن 60–65 عاماً، وهو الوقت الذي يبدأ فيه الفرد للتهيئ للتقاعد، ربما يعمل في وظائف لبعض الوقت كمرحلة انتقالية من مرحلة العمل اليومي الكامل. أما المرحلة الفرعية الثانية وهي التقاعد، وتبدأ من سن 61 عاماً أو بعد ذلك، وفيها ربما يستمر الفرد في العمل لبعض الوقت، أو يتوقف عن العمل ويكرّس وقته لأنشطة المتعة والتسلية. يشير سوبر (1980,2002) إلى نظريته على أنها منهج مدة الحياة للتنمية المهنية، ويهدف إلى إضافة نظرية الدور إلى نموذج المراحل الخمسة لعمل نموذج يتألف من مهن متعددة الأدوار. وفقاً لهذه النظرية، " فإن المهنة تعرف بأنها مزيج وسلسلة من الأدوار يلعبها الفرد أثناء فترة حياته " (Super ,1980 ,p.282). هذه الأدوار تتباين كلما تقدم الفرد خلال حياته، وتشتمل على هذه الإمكانيات : الطالب، العامل، الزوج، الزوجة، والوالد (Super ,1980).

قامت العديد من الدراسات باختبار الأوجه المتعددة لنظرية سوبر. خلص أوسبيو (1996) إلى أن معظم الأدبيات قدمت دعماً لنموذج سوبر، ويري سافيكاس (1994) أن لسوبر تأثير على الإرشاد المهني، وذلك في العدد الخاص من مجلة التنمية المهنية ربع السنوية، والتي تبين (إسهاماته في النظرية والممارسة المهنية على سبيل المثال، يذكر سافيكاس (1994) أن سوبر ساعد في تحويل المجال من التركيز على الاختيار الوظيفي إلى التنمية المهنية، ووسّع من التوجيه الوظيفي إلى الإرشاد المهني. ليس بمستغرب أن عمل سوبر قد أفضى إلى مدى واسع من النشاط البحثي عن موضوعات مثل دور مفهوم الذات في التنمية المهنية (Betz ,1994)، قيم لعمل (Zytowski , 1994)، والتكيّف المهني (Goodman , 1994) فيما يبدو أن نظرية سوبر قد مهدت الطريق لبعض الاتجاهات الحديثة مثل الاعتراف بالطبيعة السياقية لاتخاذ القرارات المهنية (Phillips & Blustein, 1994). ويذكر أن اتخاذ القرارات المهنية يحدث ضمن السياق الواسع للقضايا الاقتصادية، والثقافية، والأسرية، والتاريخية

(Phillips & Blustein, 1994) إن وصف سوبر لدور مفهوم الذات في اتخاذ القرارات يقدّم معلومات قيمّة عن البُعد الشخصي – الظواهراتي للإرشاد المهني (Jepsen , 1996) منذ وفاة سوبر استمرت نظريته في التطوّر، وإعادة تعديلها (Jwanson & Cpre,2000) على سبيل المثال، يرى سافيكاس (1997) أن مفهوم النضج المهني عند سوبر حل محلة مفهوم التكيّف المهني ليعكس حاجة الفرد للتكيّف لقوى التغيير في عالم الأعمال مثل التنوع، والسوق العالمية، والتصغير، وتأثير التكنولوجيا.

نظرية هولاند: تشير نظرية هولاند (1997, 1996 , 1973,1985 a) إلى أن الاختيار المهني محاولة للحصول على ملائمة مرضية بين الشخصية والبيئة ينتج الرضا الوظيفي عندما يكون هناك تناغم بين نوع الشخصية وبيئة العمل (Holland ,1996) إن لهذه النظرية العديد من التضمينات والتطبيقات العملية من حيث أدوات الإرشاد المهني مثل قائمة التفضيل المهني لهولاند(1985) والبحث الموجّه ذاتياً لهولاند (1994) (weinrach & srebalus , 2002).

هناك أربع افتراضات تمثل الأساس لنظرية هولاند (1997, 1996 , 1973,1985 a)

1- يتميز الناس بنوع واحد من ستة أنواع للشخصية : يعتقد هولاند أصلاً أن الناس يمكن أن يتميزوا بستة أنواع من الشخصية، ثم وسّع من هذا المفهوم للشخصية وأنواعها ليشمل إمكانية الأنواع الفرعية أو النماذج التي يمكن أن تقدّم تمييزاً آخر لخصائص شخصية الفرد (Holland , 1985 a).

نقدم فيما يلي وصفاً موجزاً لأنواع الشخصية الستة الأصلية :

- الأفراد الواقعيون يأخذون منهجاً منطقياً، حقيقياً للحياة
- الأفراد الباحثون يستخدمون المنهج البحثي التحليلي لحل المشكلات.
- الأفراد الاجتماعيون يميلون إلى الاجتماعية، والتعاون، وتوجيه الناس.
- الأفراد الفنيون : حساسون، مبدعون، تلقائيون، استقلاليون.
- الأفراد التقليديون : مذعنون، ويفضلون المواقف المنظمة البنائية.
- الأفراد المغامرون : يتبنون منهجاً عدوانياً إنبساطياً لحل المشكلات.

2- هناك ستة أنواع من البيئة تتطابق مع الستة أنواع من الشخصية (الواقعي، البحثي، الفني، الاجتماعي، المغامر، والتقليدي). على سبيل المثال، الأفراد الفنيون يعملون في أماكن المسرح. هذا التطابق بين الفرد والبيئة يعزز من الرضا الوظيفي.

3- يسعى الناس في طلب بيئات العمل التي تمكنهم من استخدام مهاراتهم، والتعبير عن قيمتهم، والدخول في أدوار مقبولة : الناس مدفوعون للعمل في البيئات التي لها بناءات شخصية تكميلية.

4- التفاعل بين البيئة والشخصية يحدد السلوك : إن سلوك الفرد كإختياره للمهنة والإنجاز لها، يتحدد بمدى وطبيعة التلاؤم بين الفرد بيئته.

يذكر وولش وسيريك (1995) أن نظرية هولاند تستثير كماً كبيراً من البحوث في المفاهيم البحثية مثل أنواع الشخصية (. Holland et al , 1994).التلاؤم بين الشخص والبيئة (Thompson et al.,1994). تؤيد الدراسات النظرية في أن الناس يؤدون بشكل جيد في مهنهم عندما يكون هناك تناغم جيد بين نوع شخصيتهم والبيئة، بالإضافة إلى ذلك، تشير الأدلة إلى أن الناس يمرون بفترة من عدم الرضا، الأداء الوظيفي (الضعيف، والفوضى في مسارهم المهني عندما يكون هناك تنافر بين نوع شخصيتهم البيئية (Holland 1996). لقد استدعت نظرية هولاند نشاطاً بحثياً أكثر من أى نظرية أخرى (Swanson & Core , 2002) خلصت مراجعات الأدبيات عن بعض هذه الدراسات إلى أن فرضية التناغم لدى هولاند، والمرتبطة بالتلاؤم بين الفرد والبيئة لاقت اهتماماً بحثياً كبيراً (Fitzgerlad & Rounds , 1989) النسخة الحديثة لنظرية هولاند (Holland 1997). قد تستدعى فترة أكثر امتداداً من البحوث (Swanson & Core ,2002).

نظرية ان رو : المبادئ الرئيسية لنظرية آن رو مأخوذة من نظرية ماسلو ونظرية التحليل النفسي (Roe , 1956, Roe & Lunneborg , 2002). بكل بساطة تذكر رو أن الحاجات التي لم يتم إشباعها في الطفولة يمكن أن يكون لها تأثير رئيسي على الاختيار المهني في الكبر. بالإضافة إلى ذلك، فإن نظريتها تشير إلى أن الناس يمكنهم إشباع كل الحاجات الأساسية، والحاجات ذات الترتيب الأعلى، المرتبطة بسلسلة الحاجات عند ماسلو – في حياتهم المهنية : الحاجة الجسدية، الحاجة للأمن، والحب، والانتماء، وتقدير الذات، وتحقيق الذات.

تحدد روي (1956) ثلاثة أنواع من العلاقات بين الوالد – الطفل يمكن أن تعزز إشباع الحاجات في مهنة معينة. وفيما يلي استعراض لهذه العلاقات (Osipow , 1996) :

1- الوالدان اللذان يتصفان بالرعاية الزائدة، أو تلبية الطلبات المفرط يميلان إلى إشباع الحاجات الجسمية، إلا أنهما أقل ميلاً لإشباع الحاجات النفسية مثل الحب وتقدير الذات. هذان الوالدان يعززان الاعتمادية داخل أطفالهما، نظراً لأن إشباع الحاجات النفسية يتوقف على انخراط الأطفال في السلوكيات المرغوب فيها اجتماعياً. يكبر الأطفال وهم في حاجة مفرطة إلى الاعتراف والموافقة. ونتيجة لذلك، فإنهم يختارون الوظائف ذات الوجاهة – مثل السياسات أو فرع من فروع فنون الأداء مثل التمثيل.

2- الوالدان الرافضان : هذان الوالدان إما يهملان الأطفال أو نرفضونهما. ولدى أطفالهما حاجات كثيرة لم يتم إشباعها، وقد يصبح هؤلاء الأطفال متشككون، ولا يثقون في الآخرين، ولذا قد يختارون مهاماً يتم فيها إشباع حاجاتهم في أنشطة تنطوي على العمل مع أشياء (مثل الكمبيوتر) وليس الناس.

3- الوالدان المتقبلان : يتقبل هذان الوالدان الأطفال ويحبونهم، حيث ينخرطان في حب غير مشروط. لذا، يتم إشباع الحاجات ذات الترتيب الأعلى لدى الأطفال، وينميان الشعور بالاستقلال والذاتية لدى الأطفال أثناء نموهم نظراً لأن هؤلاء الأطفال يشعرون بالأمن والرضا عن أنفسهم، فإنهم قد يختارون وظائف مثل التدريس، أو الطب، حيث يساعدون الآخرين في التقدم نحو تحقيق ذاتهم.

من المستحيل اختبار نظرية رو تجريبياً نظراً للطبيعة الشخصية للمفاهيم التي تقوم عليها النظرية (Osipow, 1990) ومن ثم، فإن هناك حاجة إلى إعادة تعديل النظرية، وإلى مزيد من البحوث التجريبية عن مبادئها.

المنشأ الأسري والتنمية المهنية : كما ذكرنا قبل ذلك، فإن رو (1956) كانت أول من بحث في العلاقة بين قضايا المنشأ الأسري والتنمية المهنية، حيث تشير إلى أن طبيعة العلاقة بين الوالد – الطفل يمكن أن تلعب دوراً هاماً في التنمية المهنية. بعد ذلك، يشير فوتزاسيك ورفاقه (1986) إلى أن التنمية المهنية عملية ديناميكية تتأثر بالقوى العلائقية، والنمائية، والسياقية، وافتراضا نموذجاً نظامياً يعترف بالدور الذي تلعبه الديناميكيات الأسرية في التنمية المهنية – فقد ذكروا ما يلي: "ربما الطريقة كانت الأكثر أهمية التي تربط فيها الأدوار وتوقعات الدور بالنظام الأسرية الدقيقة والتنمية المهنية للأطفال هي الأدوار التي يتعلمها الأطفال في سياق المواقف والظروف الأسرية " (Vonderacek et al ., 1986,p. 53). لقد استحث فوتزامسيك ورفاقه (1986) مدى واسعاً من النشاط البحثي. يلخص وستون وكلير (2004) هذه الأدبيات على النحو الآتي:

> " على مدار الحياة، تبين أن متغيرات البنية الأسرية (وظائف الوالد مثلاً)، ومتغيرات العملية الأسرية (مثلاً : الدفء، الدعم، الارتباط، الذاتية) تؤثر في البناءات المهنية، ومع ذلك فإن العمليات التي تؤثر بها الأسر على التنمية المهنية معقدة، وتتأثر بالعديد من العوامل السياقية مثل السلالة، والجنس، والسن" (Whiston & keller , 2004, p ,493).

نظريات اتخاذ القرارات المهنية Career Decision- Making Theories

نظريات اتخاذ القرارات المهنية أساس نظري آخر للإرشاد المهني هذه النظريات تقدم " خطوطاً إرشادية لجمع المعلومات، معالجها، والاستفادة منها من أجل تحسين اتخاذ القرار " (Gati, 1990 a , 508.p). لقد تم تطوير العديد من النظريات عن اتخاذ القرارات المهنية. هذا الجزء يقدم استعراضاً لنظريات اتخاذ القرارات بناءً على نظرية التنافر المعرفي، ونظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية اتخاذ القرارات بشأن المهن المتعددة.

نظرية التنافر المعرفي : لقد كان هيلتون (1962) أول من رأى أن اتخاذ القرار المهني يقوم على نظرية التنافر المعرفي، يحدث التنافر المعرفي عندما يكون لدى الفرد اثنين (عنصرين) من المعارف

المتنافرة (Festinger , 1957) على سبيل المثال، قد يشير الفرد إلى الأتي: " أنا أحب مهنتي، كما أن راتبها ضعيف ". هذا الشخص قد يحاول إزالة التنافر بتغيير أحد المعارف أو بمساعدة المعارف التي تقلل من التنافر، بأن يقول " أحب مهنتي على الرغم من أن الأجر ليس كافياً ". فيما يلي نقدم تضمينات نظرية التنافر المعرفي للإرشاد المهني (Osipow,1996) :

● من المهم بالنسبة للمرشدين النفسين تحديد العوامل التي يمكن أن تزيد من التنافر المهني : المثال على ذلك، شخص يهتم بوظيفة ما، تلك الوظيفة ذات فرص محدودة، مثل انتظار الفرد لآن يصبح أستاذاً في مجال ليس فيه سوى أماكن وظيفية أكاديمية قليلة. إذا لم يتم حل التنافر، قد ينصح المرشد النفسي المسترشد بتجنب والابتعاد عن هذه المهنة أو هذا العمل.

- **ينبغي على المرشدين النفسين تنمية إستراتيجيات للتعامل مع التنافر:** وهذا ينطوي على تقديم المرشد النفسي المهني "العوامل معاكسة للتنافر" على سبيل المثال، قد يخبر المرشد النفسي الطالب الذي يود أن يلتحق بكلية الطب، والذي يفتقد إلى القدرة على الدراسة الطبية بأنه بعد تخرجه كطبيب، سوف ينبغي عليه أن يعمل لساعات طويلة، وهذا سوف يقلصّ من الوقت الذي يقضيه مع أسرته.

● يمكن للمرشدين النفسين مساعدة المسترشدون على تجنب القيام باختيار سابق لأوانه : أحد الوسائل لتحقيق ذلك من خلال تعديل الاختيار في المستقبل ربما يسبب تنافراً مفرطاً، وهذا يمكن - بدوره - أن يتداخل مع القيام باختيارات أخرى مناسبة في المستقبل على سبيل المثال، الشخص الذي لديه حاجة قوية لأن يُرى على أن لدية أهداف واضحة، قد يقرر أن يتبع مهنه محلل نظم معلومات. وبعد مسارات عديدة عن هذا الموضوع، قد يكتشف الفرد بغضة للكمبيوتر، ويريد أن يجرب مهناً أخرى، وهذا يخلق تنافراً مع الحاجة لأن يُري على أن لديه " أهداف وغايات واضحة " ليتجنب هذه المدركات، ولتقليل التنافر، يقرر هذا الشخص الاستمرار في العمل في مهنة غير مرغوّب فيها.

الملحوظة الشخصية التالية عبارة عن مثال عن الكيفية التي تغلبت بها على التنافر المعرفي في اختياري للمهنة واتخاذ القرار بشأن المهنة:

ملحوظة شخصية

التحقت بالجامعة كطالب في كلية الأسنان فقد كنت أود أن أكون طبيب أسنان كما كان أبي طبيب أسنان. كجزء من دراستي قبل الالتحاق بالكلية، كان عليّ أن أدرس موضوعات ومناهج ومسارات عديدة في الكيمياء والبيولوجيا، وهذه كنت لا أحبها، كما أنه لم تكن لديه القدرة على دراستها. هذا تسبب في تنافر، حيث كنت أرغب في أن أكون طبيب أسنان، ولكني اكتشفت عدم قدرتي على عمل ذلك. على الفور، وجدت نفسي أغيّر من اتجاهي نحو مهنة طبيب الأسنان، وقبل أن أعرف ذلك، قلت لنفسي " لا أريد أن أكون طبيباً للأسنان ".

وبدأت أفكر في أسباب منطقية لعدم رغبتي في أن أكون طبيب أسنان، منها أنى لا أريد أن أنحنى طول اليوم، وأضع يدى في فم الآخرين. عند هذه النقطة، بدأت أحل التنافر، وذلك بخلق اتجاه جديد. لقد توصلت إلى القرار الآتي : " لا أريد أن أكون طبيب أسنان، فأنا لا أستطيع ذلك ".

أثناء النصف الدراسي الثاني، كنت أدرس علم النفس، وأصبحت مهتماً بالموضوع، كما اكتشفت قدرتى على أن أكون أخصائياً نفسياً.

نظرية التعلم الاجتماعي : يقوم نموذج اتخاذ القرار المهني لدى كرومبولتز (1979،1996)، وميتشيل وكرومبولتز (2002) على نظرية التعلم الاجتماعي. هذا النموذج يشير إلى أن الخبرات التعليمية تلعب دوراً رئيسياً في الاختيار المهني. وفقاً لهذا النموذج، فإن الاختيار المهني يتأثر بالعوامل الآتية :

- العطاء الجينى الفطري يحدّ من الاختيار المهني.
- العوامل البيئية مثل المتطلبات الاقتصادية والتعليمية تحدد الاختيار المهني بعض الشئ.
- الخبرات التعليمية (مثلاً : الدافعية لتتبع محاولات ومساعٍ عقلية) تؤثر في اهتمام الشخص وطموحاته.
- مهارات طبيعة (المهنة)، مثل عادات العمل، والمهارات البينشخصية تؤثر في قدرة الفرد على النجاح في وظيفة معينة (Krumboltz , 1979) أيضاً تم دمج النظرية السلوكية - المعرفية في هذا النموذج (, Mitchell & krumboltz 2002) إن معارف المسترشد وسلوكياته يُنظر إليها على أنها تؤثر في اتخاذ القرارات المهنية. لقد لاقت أهمية الاستراتيجيات السلوكية - المعرفية في الإرشاد المهني دعماً تجريبياً، حيث تبين أن المناهج السلوكية - المعرفية قد أسهمت في القرارات المهنية المناسبة، كما قللت من القلق الذي يتعلق بالقرارات المهنية (Mitchell & krumboltz , 1987)، حاول، مؤخراً كرومبولتز (1996) أن يدمج نظريته عن اتخاذ القرارات المهنية في نظرية الإرشاد المهني. الهدف من هذا النموذج هو " تيسير تعلم المهارات والاهتمامات، والمعتقدات، والقيم، وعادات العمل، والصفات الشخصية التي تمكّن كل مسترشد من خلق حياة مرضية داخل بيئة العمل دائمة التغيّر " (Krumboltz , 1996,p.61). طوّر كرومبولتز (1994) قائمة المعتقدات المهنية كوسيلة يمكن أن يستخدمها المرشدون النفسيون أثناء المراحل الأولى من الإرشاد النفسي لمساعدة المسترشدون في تنمية المعارف والسلوكيات التي تعزز التقدم المهني بمساعدتهم على تحديد المعتقدات والافتراضات التي يمكن أن تعوق اتخاذ القرارات المهنية. يذكر سوانسون وجور (2002) أن ترومبولتز قد حقق تقدماً كبيراً في دمج النظرية المهنية والممارسة المهنية في نظرية الإرشاد المهني، ولكن يؤكد على الحاجة للدعم التجريبي لنظرية التعلم الاجتماعي في اتخاذ القرارات المهنية عند كرومبولتز.

نظرية اتخاذ القرارات المهنية المتعددة : يشير جاتى (1986) وجاتى وتيكوتيزكى (1989) إلى كل نظريات إتخاذ القرارات المهنية يمكن وصفها بثلاثة نماذج رئيسية. هذه النماذج إرشادية في طبيعتها،

وتستخدم المناهج العقلانية والمنطقية في تحديد أفضل طريقة لاتخاذ القرارات المهنية (Sharf ,) 2001) قدّم جاتي & تيوتيزكى (1989)، كارسون وموسيسيان (1990)، جاتى (6 1990 a 1990)، جاتي ورفاقه (1995) وصفاً تفصيلياً وتحليلات مفصّلة لهذه النماذج، وأرجعوها إلى عناصرها الأساسية، وذلك على النحو الآتي:

- نموذج الفائدة المتوقعة : هذا النموذج يقترح تقييم مميزات وعيوب الوظائف المختلفة، ومقارنتها بالبدائل الوظيفية الأخرى ثم يختار الفرد الوظيفة ذات القيمة العالية.
- نموذج التجاهل التسلسلي : هذا النموذج ينطوي على تحديد خصائص الوظيفة المثالية (مثلاً : العمل خارج المنزل)، ووضع رتب للخصائص من حيث الأهمية. وتحقيق المستويات الدنيا من التقبل فيما يتعلق بهذه المعايير. يتم تقييم الوظائف على أساس المعايير، ويتم تجاهلها بشكل تتابعي إذا لم تلاقي المستويات المقبولة.
- النموذج الترابطي : في هذا النموذج، يتم اعتبار البدائل الوظيفية فقط عندما تلاقي المتطلبات الوظيفية الأساسية،مثل الحد الأدنى للأجور.

يرى جاتي (1986) أنه لا يوجد نموذج واحد فقط للتنمية المهنية يتفوق على الآخر ولكن هذه النماذج ينبغي بحثها تجريبياً لتحديد الظروف المناسبة لاستخدامها.

قضايا العلاج TREATMENT ISSUES

هناك العديد من القضايا العلاجية الهامة المتضمنة في الإرشاد المهني، وهذا الجزء يقدّم استعراضاً لها، في ذلك الإرشاد الفردي مقابل الإرشاد المهني، وأدوات التقييم، واستراتيجيات التدخل، وعملية الإرشاد المهني.

الإرشاد الفردي مقابل الإرشاد المهني Personal Counseling versus Career Counseling

فيما يبدو أن المتخصصين بالإرشاد النفسي أكثر اهتماماً بالإرشاد الفردي الشخصي من الإرشاد المهني (Birk & Brooks , 1986,spengler et al., 1990 , Watkins et al ., 1989 , watkms et al.,) 1987). ففي دراسة مسحية عن 300 عضو في قسم علم النفس الإرشادي للجمعية الأمريكية لعلم النفس عن الاتجاهات نحو الأنشطة الإرشادية المختلفة، حصل الإرشاد الشخصي على أعلى رتبة كأهم نشاط، بينما حصل الإرشاد المهني على الترتيب العاشر (Birk & Brooks , 1986). كما أظهرت دراسة مسحية أخرى أجريت على أعضاء قسم علم النفس الإرشادي للجمعية الأمريكية أن الأعضاء في العيادات الخاصة يقضون 59.2 ٪ من وقتهم في إجراء العلاج النفسي 3.5.000 ٪ فقط من وقتهم في إجراء الإرشاد المهني، وان هؤلاء المرشدين ينخرطون في الإرشاد المهني في حدود ضيقة، ويرون أنه بديل غير جذاب وغير شيق للإرشاد الشخصي (Watkins , 1986)، ليس التحيّز للإرشاد الشخصي بمستغرب. فالمرشدون النفسيون الذين يفضلون الإرشاد الشخصي على الإرشاد

المهني ينخرطون في إلقاء الظل على العلاج والتشخيص (Spengler et al , 1990)، بمعنى، القضايا المتعلقة بالإرشاد الشخصي تلقي بظلالها على أهمية القضايا العلاجية والتشخيصية ذات الصلة بالإرشاد المهني. كما أوضحت دراسات أخرى أن المشكلات المهنية تتلقى تقديرات ضعيفة وتعاطف أقل من قبل المرشد النفسي مقارنة بالمشكلات الشخصية (Hill et al., 1977) (وأقل في الظروف الرئيسية، والاستجابات الوجدانية والاستكشافية (Melnick, 1975) تشير الأدبيات إلى أن الإرشاد المهني والإرشاد الشخصي ليسا بحاجة إلى هذا التقسيم، حيث يشير كثير من الباحثين إلى أن الإرشاد المهني يجب دمجه مع مناهج العلاج غير المهني , Blustein ,1987,Blustein & Spengler) 1995, Richardson ,1996). يذكر بلوستين (1987) أن " فصل قضايا العمل عن القضايا الاجتماعية النفسية الأخرى يخلق تمييزاً مصطنعاً بين جوانب الحياة ذات العلاقة المتبادلة والمتداخلة بشكل واضح " (Blustein ,1987,p.794) الأسلوب الذي يرتبط به الفرد مع القضايا المهنية ينطوي على استراتيجيات مواجهة شبيهه بتلك الاستراتيجيات المستخدمة مع المشكلات الحياتية الأخرى (Blustein ,1987). النموذج الشمولي لكل من بلوستن وسبينجلر (1995) يدمج الإرشاد النفسي والإرشاد المهني - كما أنه يدمج عدداً من الاتجاهات الإرشادية الحديثة مثل البنائية الاجتماعية، والعلاج النفسي الموجز الموجّه بالمشكلة. يشير ريتشارد سون (1996) إلى أن الخطوة الأولى المهمة في التغلب على هذا الانقسام بين الإرشاد الشخصي والإرشاد المهني هي تغيير اسم الإرشاد المهني إلى الإرشاد النفسي / العلاج النفسي والعمل، والوظائف والمهن. ومن خلال وضع الإرشاد النفسي والعلاج النفسي أولاً إذا يتم الاعتراف بالدور الذي يمكن أن تلعبه نظريات الإرشاد النفسي والعلاج النفسي في التنمية المهنية، وقد يشجع كثير من المرشدين النفسيين والمعالجين النفسيين على مخاطبة القضايا المهنية (Richardson , 1996).

الخطوط الإرشادية لدمج الإرشاد المهني مع العلاج النفسي لدى بلوستن (1987) توصي بأن يأخذ المرشدون النفسيون الخطوة الأولى للحصول على تاريخ عملي مفصّل أثناء عملية الاستيعاب للمساعدة في التشخيص أما الخطوة الثانية، فتتمثل في الحصول على فهم شامل عن نظريات التنمية المهنية، وإتخاذ القرارات المهنية لتوسيع فهم الفرد عن السلوك الإنساني. يمكن أن يختار المرشدون النفسيون النظريات المهنية التي تتناغم مع نظريات الإرشاد الشخصي، على سبيل المثال، نظرية سوبر عن التنمية المهنية بتركيزها على الذات يمكن أن تكمل منهج روجرز المتمركز حول الشخص. المثال الآخر هو إنه من الممكن استخدام نظرية التعلم الاجتماعي عند كرومبولتز مع المنهج السلوكي - المعرفي. يذكر بلوستن (1987) أيضاً أن من المهم دمج الإرشاد المهني مع الإرشاد الشخصي في الحالات التي تنطوي على مشكلات تعاطي المواد حيث إن المسترشدون الذين يعانون من هذه المشكلات لديهم في الغالب مشكلات في القضايا الشخصية وقضايا العمل.

أيضاً، حاول آخرون دمج الإرشاد المهني مع الإرشاد الشخصي. فقد دمج راسكن (1987) الإرشاد المهني مع الإرشاد الموجّه بشكل بين - شخصي أما يوست & كوربشلي (1987)، فقد تبنيا اتجاهاً

(منظوراً) سلوكياً – معرفياً في الإرشاد المهني، ويصف جيسبرس وموور (1987) الإرشاد المهني ضمن إطار عمل واسع، يشتمل على الإرشاد الأسري الزواجي وعلم النفس المعرفي. هذا الاتجاه نحو الدمج قد يعزز الاهتمام بالإرشاد المهني، بحيث إن هذه القضايا والمشكلات الهامة لدى المسترشد تلقى الاهتمام الذي تستحقه.

قد يكون لدى بعض الأفراد صعوبة في اتخاذ القرارات المهنية على الرغم من أن أمامهم فرص للحصول على معلومات تتعلق باهتماماتهم وقدراتهم، وعالم الأعمال، وغيرها (Larson et al ., 1994) في هذه الأمثلة، يشير لارسون ورفاقه (1994) إلى وجود معيقات نفسية ترتبط بالسلوكيات، أو المعارف، أو المشاعر الإشكالية (مثلاً : الخوف من النجاح أو الفشل، والخوف من التغيير).

هذه العقبات النفسية – بدورها – يمكن أن تسهم في المشكلات داخل بناء الشخصية، مثل تقدير الذات المنخفض، قلة الوعي الذاتي وجهة الضبط الخارجي والقلق، وهذا قد يقوّض من عملية اتخاذ القرارات المهنية (Larson et al ., 1994). يذكر لارسون ورفاقه (1994) أن أداة التقييم التشخيصي للقرار المهني (Bansberg & sklare , 1986) يمكن استخدامها كأداة تشخيصية لتحديد العقبات النفسية القوية لإعلام المرشدين النفسين بأن الإرشاد النفسي الشخصي القوى مطلوب لمساعدة هؤلاء المسترشدون في التغلب على العقبات التي تقف في طريق عملية الإرشاد المهني. يقدّم جوز (1995) مقترحات للتدخلات والخطط العلاجية التي تتمركز حول المهنة للأفراد الذين يحتاجون إلى إعادة بناء الشخصية.

أدوات التقييم Assessment Instruments

من الناحية التاريخية أكد الإرشاد المهني على قياس الاهتمامات، والقدرات، وسمات الشخصية (Phillips et al.,1988). من خلال زيادة الفهم الذاتي وتقديم معلومات عن البرامج التعليمية، والمهنية، تلعب إجراءات التقييم هذه دوراً حيوياً في التخطيط المهني، واتخاذ القرارات المهنية وفيما يلي، نقدم استعراضاً للأدوات المعيارية المستخدمة في الإرشاد المهني لقياس القدرة، والإنجاز، والشخصية، والقيم، والنضج المهني (Zunker ,2002,Drummond , 2000) :

القدرة : تقدم اختبارات القدرة مقياساً لمهارة أو قدرة معينة على اكتساب المهارة. يمكن أن يستخدم المرشدون المهنيون اختبارات القدرة للتنبؤ بنجاح الشخص في التدريب / التعليم المهني. ومن أمثلة اختبارات القدرة : بطارية اختبار القدرة العامة، واختبار القدرة الفارق، اختبارات تصنيف القدرة لفلاناجان، وبطارية القدرة المهنية للقوات المسلحة (أنظر زونكر، 2002 لمزيد من المعلومات عن هذه الأدوات).

الإنجاز : اختبارات الإنجازات تقيس المستوى الحالي للأداء، فيما يتعلق بقدرات مثل (القراءة، والحساب، والاستخدام اللغوي). يستخدم المرشدون المهنيون اختبارات الإنجاز لتحديد مناحي القوة والضعف الأكاديمية للمساعدة في التخطيط التعليمي والمهني، والتموضع المهني والتعليمي. الأنواع

الثلاثة الرئيسية لاختبارات الإنجاز هي الاختبارات التشخيصية، المسحية، والمواد الدراسية. يمكن استخدام الاختبارات التشخيصية، لتحديد ما إذا كان لدى الفرد مهارات أساسية وكفاءات ضرورية للنجاح في البرنامج التعليمي. أما الاختبارات المسحية، فيمكن أن تقدم تقييماً عاماً للمهارات والكفاءات الضرورية في حين أن اختبارات المواد الدراسية مصممة لقياس الأداء في مواد معينة مثل الكيمياء والبيولوجى ومن أمثلة اختبارات الإنجاز : اختبارات الإنجاز واسعة المدى (تشخيصية)، والقياس القومي للتقدم التعليمي (اختبار مسحي) واختبارات الإنجاز الجامعية (اختبار المواد الدراسية).

الاهتمامات : لقد ارتبطت قوائم الاهتمام - أكثر من غيرها من أدوات القياس - بالإرشاد المهني. تُستخدم قوائم الاهتمام لقياس الاهتمامات المهنية والشخصية لتيسير التخطيط والاختيار التعليمي / المهني. كثير من قوائم الاهتمام هذه تقدم معلومات مفيدة تتعلق بالملائمة بين الفرد والبيئة التي تحدث عنها هولاند. ومن أمثلة قوائم الاهتمام : البحث الموجّه ذاتيا (Holland,1994)، وقائمة الاهتمام القوى (Harmon et al., 1994)، وسلسلة كودر لقوائم الاهتمام، والتي تقوم على قائمة الاهتمام العامة لكودر (Kuder ,1964).

(مثلاً : قائمة الاهتمام المهني لكودر (Zytowski, 1985).

القيم : ظهرت قوائم القيم خلال 25 عاماً الماضية لقياس العلاقة بين القيم الشخصية وعالم العمل. وتوضيح تغييرات المهنة في وسط العمر، والتي تتطابق مع التغيرات الراديكالية لأسلوب الحياة التأثير القوى للقيم على الاختيار المهني. يعتبر التناغم بين القيم والاختيار المهني مكوناً هاماً في النجاح والرضا المهني، ومن أمثلة قوائم القيم : قائمة قيم العمل (super , 1970) دراسة القيم، وقائمة القيم بين شخصية، وقائمة القيم الشخصية ومقياس القيم (أنظر زونكر، 2002 للحصول على معلومات أكثر عن هذه الأدوات).

الشخصية : يعترف أصحاب نظريات التنمية المهنية مثل رو وسوبر بأهمية اعتبار الشخصية في الإرشاد المهني. تشير نظرية رو (1956) إلى أن التنمية المبكرة للشخصية ضمن سياق الأسرة تؤثر في التوجّه المهني. تقوم نظرية سوبر (2002) على العلاقة بين مفهوم الذات والتنمية المهنية ومع ذلك، على الرغم من أن العلاقة بين الشخصية والاختيار المهني موجودة ومحققة، إلا أن هناك قصور في الإرشاد المهني في استخدامه لقوائم الشخصية. الاستخدام ذو المعنى لهذه القوائم في الإرشاد المهني قد يأتي من الاتجاه نحو دمج الإرشاد الشخصي مع الإرشاد المهني، من أمثلة أدوات الشخصية التي تُستخدم في الإرشاد المهني : إختبار كاليفورنيا للشخصية، جدول التفضيل الشخصي لأدواردز، قائمة المزاج جيلفورد- زيمرمان، وقائمة مينوسوتا للإرشاد النفسي والعوامل الستة عشر للشخصية، وقائمة القيم والمزاج ومؤثر النمط لدى مايرز- بريجز.

التقييم المهني ينبغي أن يأخذ في الاعتبار قضايا التنوع مثل الثقافة والصعوبات. لقد تم تقييم العديد من قوائم الاهتمام لتحديد فعاليتها للأقليات العرقية - من خلال استعراض ومراجعة الأدبيات التي درست صدق قائمة الاهتمام القوية (Hansen &Campbell,1985) للمسترشدون الأمريكان

من أصل أفريقي، تبين ضعف صدق هذه القائمة مع هؤلاء المسترشدون , Corter & Swanson) 1990). هذه النتائج هامة لأن هذه الأداة هي الأكثر استخداماً في المراكز الإرشادية الجامعية (Zytowski & warman, 1982) ومع ذلك، فإن لقائمة الاهتمام القوية لكامبيل Hansen) &Campbell,1985) معيار صدق كافٍ لطلاب الجامعة الأمريكان الأصليين Haviland & Han-) sen,1987) هناك حاجة لمزيد من البحوث عن الاستخدام عبر الثقافي لقوائم الاهتمام خاطب لفينسون (1994) قضايا التقييم المهني للطلاب ذوى الصعوبات. فقد تم تطبيق العديد من البرامج في محاولة للوفاء باحتياجات هؤلاء الطلاب. أحد هذه الاحتياجات هي التخطيط للانتقال. وفقاً للقانون العام رقم 94-142 لعام 1990، فإن على المدارس صياغة خطط الانتقال للطلاب ذوى الصعوبات عندما يصلون إلى سن 16 عاماً الهدف الرئيسي للانتقال هو مساعدة الطلاب في عمل تكيفات ناجحة من المدرسة إلى العمل وتيسير الحياة المجتمعية بشكل فعال. يتم بناء التقييم المهني المعاصر للطلاب ذوى الصعوبات في ثلاث مستويات المستوى الأول يبدأ في المدرسة الابتدائية ويركز على بناء الوعي الذاتي أثناء هذه الفترة، يستكشف الطلاب الاحتياجات، والاهتمامات، والقيم، والمهن ويتلقون المساعدة في تنمية مهارات اتخاذ القرار أما المستوى الثاني فيبدأ في المدرسة المتوسطة، ويهدف إلى مساعدة الطلاب في عمل اختيارات مهنية مؤقتة بناءً على تقييم الاهتمامات، والقدرات والنضج المهني، وعادات العمل أما المستوى الثالث، فيبدأ عندما يصل الطلاب إلى المدرسة الثانوية - أثناء هذه الفترة، يمكن أن ينطوي التقييم على مدى واسع من الأنشطة التي ترتبط بالتخطيط للمهنة، واتخاذ القرارات بشأنها، مثل تهذيب القضايا ذات الصلة بالاختيار المهني والمساعدة في التعليم ما بعد الثانوي، والتدريب، والتوظيف، والحياة المجتمعية.

يقع في قلب الإرشاد إرشاد الطلاب ذوى الصعوبات والتعامل معهم كأفراد تجمعهم مع الآخرين قواسم مشتركة أكثر من الاختلافات أو الفروق. من المهم الوعي بالحاجات الخاصة والمتطلبات الخاصة المرتبطة بصعوباتهم لتيسير التحقيق الذاتي الذي يتأتى من تحقيق القدرة المهنية الكاملة.

عملية الإرشاد المهني The process of Career Counseling

كان فرانك بارسونز أول من حدد مراحل الإرشاد المهني. فقد وصف منهجية ذى المراحل الثلاثة كما يلي : ليقوم الفرد بعمل أو اتخاذ قرار يتعلق بالمهنة، فإنه بحاجة إلى (1) فهم واضح للقدرات، والاهتمامات، والطموحات، والموارد، والحدود، والأسباب (2) معرفة متطلبات وشروط النجاح، والمميزات والعيوب، التعويضات، الفرص، وماذا يتوقع في العمل (3) الاستدلال الحقيقي عن علاقات هاتين المجموعتين من الحقائق" (Parson,1909,p.5).

أضاف سالومون (1988) مرحلتين لنموذج بارسونز ذي المراحل الثلاثة. تركزن هاتان المرحلتان على التدخلات التي يمكن للمرشدين النفسيين استخدامها بعد أن يتخذ المسترشد القرار. المرحلة الأولى تتمثل في مساعدة المسترشدون في تطبيق القرارات المهنية والتعليمية، وهذا قد ينطوي على

مساعدة المسترشدون في مهارات البحث عن الوظيفة والمساعدة في إيجاد الوظيفة والاستقرار فيها. أما المرحلة الثانية، فتتمثل في مساعدة الأفراد الموظفين حديثاً على التكيف مع الوظيفة الجديدة، وهذا قد ينطوي على مساعدة المسترشد في التعامل مع ضغوط المهنة، والخوف من الفشل، أو العوائق الأخرى للنجاح في الاستقرار في الوظيفة بفعالية. يشير سالومون (1988) إلى أنه ليس على المرشدين النفسيين - بالضرورة - التقدم خلال هذه المراحل بالتسلسل، ولكن يمكنهم العمل في مراحل متعددة في آن واحد. كما يذكر أيضاً أن هناك العديد من الاستراتيجيات الإرشادية لمساعدة المسترشدون على التقدم خلال هذه المراحل، بما في ذلك تحقيق علاقة إرشادية موجبة، لمساعده المسترشدون على تقييم قدراتهم الخاصة بالعمل، بما في ذلك تعزيز التقييم الذاتي، وتقديم المعلومات عن المهن، وعالم العمل، وتقديم المساعدة في الاستقرار أو الاختيار المهني.

هناك نموذج آخر للإرشاد المهني، وهو نموذج جيسبرين ورفاقه (1988) وهو مشابه للنموذج ذى المراحل الستة التي تم وصفها في الفصل الثالث. في هذا النموذج، فإن التحالف العملي يقع في قلب عملية الإرشاد المهني، ويؤكد على أهمية الإبقاء على علاقة إرشادية موجبة خلال عملية الإرشاد المهني - المرحلة الأولي - المرحلة الافتتاحية - تعطي الفرصة لتحقيق التحالف العملي والعمل خلال المعوقات المكنة للإرشاد المهني مثل مقاومة المسترشد من الممكن مخاطبة القضايا المهنية والشخصية في أي وقت خلال العملية أما المراحل الأخرى في هذا النموذج، فتشتمل على جمع المعلومات عن المسترشد وفهم ووضع الفروض عن سلوكه، ووضع الأهداف المهنية، والخطط المهنية،وتقييم النتائج، وإتمام العلاقة أو إنهائها. إن عدد وترتيب المراحل المستخدمة في الإرشاد المهني يتباين وفقاً للحاجات الفريدة والبارزة للمسترشد.

استراتيجيات التدخل Intervention Strategies

يشتمل المدى الواسع من استراتيجيات التدخل المستخدمة في الإرشاد المهني على الاستراتيجيات ذات الصلة. بالتخطيط المهني، واتخاذ القرارات المهنية، والمساعدة في التكيف المهني، ومساعدة المسترشدون في التغلب على المشكلات الشخصية. يمكن أن يحدث الإرشاد المهني أيضاً في أشكال متعددة، بما في ذلك البرامج الفردية، والجمعية، والمساعدة الذاتية، وبمساعدة الكمبيوتر.

تمت مراجعة العديد من البحوث التي تقيّم الأشكال المتعددة من التدخلات المهنية (Brown & Ryan , 2000 , Morrow , et al.,1990) تبين أحد الدراسات أن الأهمية اعتبار خصائص المسترشد عند صياغة الاستراتيجيات العلاجية (Kivlighan & Shapiro, 1987)، ومن المحتمل أن يستفيد المسترشد من الإرشاد المهني ذي المساعدة الذاتية (Holland et al ., 1980). هناك العديد من التحليلات البعدية للإرشاد المهني، التي تقدم دعماً لفعالية الإرشاد المهني، اثنان منهما لاقا اهتماماً كبيراً في الأدبيات (oliver et al , 1983 , 1988) وكلاهما يدعمان فعالية الإرشاد المهني، فقد قام أوليفر وسبكوين (1988) بتحليل 85 دراسة نُشرت ما بين عام 1950-1982، في محاولة للحصول

على فهم دقيق عن المتغيرات المرتبطة بالفعالية أنواع التدخلات المختلفة، وخصائص المسترشد، والمقاييس المستخدمة. أظهرت نتائج الدراسة فروقاً في نوع وشدة التدخلات. فقد نتج عن الإرشاد المهني الفردي توفير أكبر في الوقت لأي إستراتيجية تدخل، في حين كان الإرشاد المهني الجمعي، وورش العمل هو التدخل الأقل فعالية بالنسبة للعلاج. كما أظهرت الدراسة أيضاً أهمية شدة التدخل. فقد تحسنت الفعالية مع زيادة مدة الجلسات وعدد الجلسات كما أن هناك تحليلات بعدية حديثة عن نواتج الإرشاد المهني التي تقدم دعماً إضافياً لفعالية الإرشاد المهني (whitson et al.,1998 , Ryan , 1999).

فقد أظهرت تحليلات ويتسون ورفاقه (1998) بناءً على 47 دراسة نُشرت ما بين عام 1983 – 1995 أن التدخلات المهنية فعالة " ولكن من غير المعروف كيف تعمل؟ ولماذا، ولمن " (Brown et al.,p.743) أما تحليلات ريان (1999) – والتي تقوم على 62 دراسة – فتقدم دعماً لفعالية الإرشاد المهني – وأيضاً لها تضميناتها لتعزيز عملية الإرشاد المهني. هناك خمسة مكونات رئيسية ترتبط بالتدخلات المهنية الجمعية الموجزة (من 4-5 جلسات) يلخصها براون وريان (2000) كما يلي :

1- اجعل المسترشدون يكتبون المعلومات عن أهدافهم المهنية، وخططهم المهنية من أجل التطبيق. أيضاً اجعلهم ينخرطون في تدريبات مكتوبة صُممت للحصول على معلومات دقيقة عن المهن.
2- المعلومات عن عالم العمل تؤكد على أهمية ضمان أن لدى المسترشدون معلومات دقيقة وحديثة عن المهن، بما في ذلك المتطلبات التعليمية، والمكافآت والتحديات القوية المرتبطة بالنتائج المهنية المختلفة.
3- تنطوي على تعرّض المسترشدون لعدد من الأفراد الناجحين في المهن لاستيضاح كيف يتقدمون في تخطيطهم المهني، واتخاذ القرارات المهنية.
4- يشير الاهتمام ببناء الدعم إلى أن المسترشدون يمكنهم الاستفادة من نظام الدعم المتشابه ثقافياً الذي يمكنه تعليمهم المهارات اللازمة للتغلب – بنجاح – على المعلومات البيئية مثل العنصرية.
5- يضمن التفسير الفردي والتغذية الراجعة أن يتلقى المسترشدون المعلومات الدقيقة ذات الصلة فيما يتعلق بالتقدير الذاتي للاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية.

يحدد بروان وريان كرين (2000) ثلاثة مجالات للبحوث المستقبلية عن الإرشاد المهني : أولاً، بحوث علمية أكثر عن المكونات الخمسة الهامة للإرشاد المهني، التي حددها ريان (1999)، ثانياً، تنمية التدخلات المهنية للعمل مع المسترشدون الذين لديهم صعوبة في الاختيار المهني، ثالثاً، كيف يمكن تعديل تدخلات الإرشاد المهني لمخاطبة قضايا التنوع مثل الثقافة، والجنس، والتوّجه الجنسي.

القضايا الخاصة SPECIAL ISSUES

هذا الجزء يغطي القضايا الخاصة في الإرشاد المهني : الإرشاد المهني للسيدات، والإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر.

الإرشاد المهني للسيدات Career Counseling for Women

النقد الرئيسي الموّجه للإرشاد المهني يتمثل في أن معظم نظرياته ومداخله موجّه صوب الرجال، وبالتالي ليست حساسة للقضايا الخاصة للسيدات (Brooks ,2000) فيما يأتي تقدم مراجعة لنظريتين من نظريات الإرشاد المهني للسيدات وتضمينات كل منهما.

نظرية فعالية الذات: فعالية الذات - كما وصفناها في الفصل التاسع - هي اعتقاد الفرد عن قدرته على الأداء الناجح في سلوك معين (Bandura ,1986, 1989). تهتم فعالية الذات بالسلوك الذي سوف يُستهل، وكم الجهد الذي سوف يُبذل، والمدة التي سوف يستمر عندها السلوك في مواجهة الظروف الصعبة (Luzzo,1996)

يمكن أن يعود تطبيق فعالية الذات على المهن إلى أعمال هاكيت وبيتز (1981)، بيتز وهاكيت (1986) في هذا السياق، يمكن رؤيتها على نطاق واسع من حيث علاقتها بالعديد من السلوكيات المرتبطة بالاختيار والتكيّف الوظيفي أو المهني (Lent & Hackett , 1987). لقد قدّمت الأدبيات ما يؤيد نظريات فعالية الذات المهنية من حيث العلاقات المتبادلة والمتداخلة بين الاهتمامات المهنية، وفعالية الذات، والنواتج المرغوب فيها (Swanson & Gore , 2000). ترتبط نظرية فعالية الذات - على وجه الخصوص بالإرشاد المهني للسيدات (Hacket & Beltz,1981) العامل الرئيسي يتمثل في أن السيدات والرجال يكتسبوا توقعات الفعالية المختلفة بسبب الخبرات الفارقة للدور الجنسي، يمكن أن يسهم في تحديد المواقع التي تحتلها المرأة في القوى العاملة (Brooks , 2002). إن الطموحات المهنية للسيدات يمكن أن يقيّدها إدراك أنهن يفتقدن إلى المهارات المرتبطة بالمهن ذات الهيمنة الذكورية، وأن تتبع هذه المهن قد يتضارب مع المسؤولية الأسرية والبيتية (Bonett, 1994) وجدت أحد الدراسات التي تحدد الفروق الجنسية في فعالية الذات والسلوك المهني (التي وصفها مورو ورفاقه، 1990) أن الرجال قد أعلنوا عن فعالية ذات متساوية في الوظائف التي يشترك فيها الرجال والنساء، بينما كان للنساء مدركات عن فعالية ذات مرتفعة في المجالات التي تهيمن عليها النساء أكثر من المجالات التي يسيطر عليها الرجال (Matsui et al ., 1989)أظهرت دراسة ثانية (أيضاً وصفها مورو ورفاقه، 1990) أن للنساء مدركات لفعالية ذات منخفضة عن الرجال في الأنشطة الرياضية، على الرغم من أن الإنجازات الرياضية متساوية للرجال والنساء ذوى الخلفيات الإعدادية المتشابهة (Lapan et al ., 1989).

الاستخدام الأساسي لنظرية فعالية الذات في الإرشاد المهني للسيدات يمكن أن يكون الهدف منه توسيع الخيارات المهنية للسيدات وتيسير تتبع هذه الخيارات (Brooks , 2002) يمكن استخدام العديد من الاستراتيجيات الإرشادية لتعزيز هذه النواتج (Brooks , 2002)، بما في ذلك الاستراتيجيات المعرفية لمساعدة المسترشدون على رؤية قدراتهم بشكل أكثر واقعية، وإعادة عزو التدريب لتمكين المسترشدون من عزو نجاحهم إلى أسباب داخلية وليس إلى أسباب خارجية

(Fosterling , 1980)، إن استخدام خبرات النجاح الصفية التكميلية (Lent & Hackett , 1987)، التعلم البديلي الذي يمكن تعزيزه من خلال ترتيب الخبرات للمسترشدون " لتظليل " النساء الناجحات مهنياً وإجراءات نزع الحساسة لتقليل القلق المرتبط بالاختيار والأداء مهني.

تشتمل الاتجاهات الحديثة في بحوث فعالية الذات المهنية إلى دمج فعالية الذات المهنية مع النماذج المعرفية - الاجتماعية للمهنية. (Lent et al , 1994)، ودور فعالية الذات في مواقع العمل، والمواقع غير العملية كآليات للمجابهة (Matsui & Onglatco , 1992). أحد الاستنتاجات يتمثل في أن فعالية الذات المهنية قوي، ولكنه لم يتم إدراكها كمفهوم نظري كامل (, Watkins & subich 1995). الجوانب المعرفية - الاجتماعية للنظرية المهنية - التي تشير إلى أن الناس سوف يتتبعون الطموحات المهنية المرتبطة بفعالية الذات المدركة والدعم البيئي، والعوائق البيئية البسيطة، وتوقعات النتائج المرغوب فيها (Lent et al ., 1994) لفتت أيضاً الانتباه.

نظرية جونفريدسون: لقد كانت نظرية جونفريدسون للعمليات المهنية أحد النظريات المهنية التي ظهرت في عام 1980(Hesketh et al ., 1990)، وتطبّق على الرجال والنساء على سواء (, Brooks 2002) هذه النظرية هامة للإرشاد المهني للسيدات لأنها تفسر كيفية حدوث التوافق في اتخاذ القرارات المهنية، وتحدد العوامل المرتبطة بالهوية الاجتماعية وتستكشف الصعوبات التي تواجهها السيدات عند دخول المهن غير التقليدية (Hesketh et al.,1990) ترتبط المبادئ الرئيسية التالية بنموذج جوتفريدسون (Brooks , 2002).

- يميز الأفراد الوظائف من حيث نوع الجنس (التفضيل المهني يرتبط بالجنس). ومستوى العمل، ومجال العمل.
- عوامل مفهوم الذات ذات الصلة بالمهنة تظهر في السلسلة النمائية التالية : من سن 3-5 سنوات، يفهم الناس مفهوم كونهم كباراً، ومن سن 6-8 سنوات، ينمّون مفهوم الجنس، ومن سن 9-13 سنة يفهمون المفاهيم المجردة للطبقة الاجتماعية والذكاء، وفي سن 14 عاماً يقدّمون اتجاهاتهم، وقيمهم، وسماتهم، واهتماماتهم.
- يرفض الناس الوظائف على أساس مفهوم الذات كلما تقدموا خلال المراحل النمائية.
- أسباب رفض الوظائف لها التسلسل الآتي : يرفض الناس الوظائف عندما لا تكون مناسبة، أولاً من حيث الجنس، ثانياً للطبقة الاجتماعية، ولأسباب القدرة، وثالثاً، على أساس الاهتمامات، والقيم.
- تنتج التفضيلات المهنية من التناغم بين الوظيفة ومفهوم الذات ومن الأحكام عن الوصول إلى الوظيفة.
- التناغم في الاختيار المهني يتبع نموذجاً قابلاً للتنبؤ أولاً، سوف يضحى الناس باهتماماتهم، وفي النهاية بنوع الجنس، أو التفضيلات الوظيفية المرتبطة بالجنس.

لقد استحثت نظرية جوتفريدسون (1981,1986)مدى واسعاً من الأنشطة البحثية. على الرغم من أن بروكس (2002) قد حدد العديد من الدراسات التي تؤيد نموذج جوتفريدسون.

(Henderson et al., 1988 , Holt ,1989, Taylor &pryor , 1985) إلا أن هناك دراستان حديثتان لا تؤيدان نظرية جوتفريدسون فيما يتعلق بالطبيعة التنبؤية للتوافق في الاختيار المهني وجد لونج وبليك (1990) أن الوجاهة،وليس نوع الجنس هو العامل الأكثر أهمية في الاختيار المهني. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الاهتمامات تدمج خصائص الوجاهة ونوع الجنس، ولذا فهي أهم عامل في الاختيار المهني والتوافق المهني في مراجعة للأدبيات عن نظرية جوتفريدسون، وجد سواسنون (1992) واتكينز وسوبيتش (1992)، أنه ينبغي تعديل هذه النظرية من حيث دور التوافق في اتخاذ القرارات المهنية. كما وجدوا أن التوافق عامل معقد في إتخاذ القرارات المهنية، ويتباين وفقاً للجنس، والنوع، والاتجاهات نحو الدور الجنسي، والاهتمامات. مع ذلك، يري سواسنون وجور (2000) أن نظرية جوتفريدسون مفيدة في فهم السلوك المهني فيما يتعلق بدور التوافق في الاختيار المهني، واتخاذ القرارات المهنية، ولكن يذكران أن بناءاته النظرية يصعب اختبارها، وتفتقد إلى الصدق التجريبي إن لنظرية جوتفريدسون تضمينات عديدة للإرشاد المهني للسيدات (Brooks , 2002).

أولاً، يشير نموذج جوتفريدسون إلى أن المسترشدون يترددون عندما ما يكونوا على غير وعي بتأثير نوع الجنس والوجاهة والاهتمامات على الاختيار المهني والتوافق المهني يمكن أن يساعد المرشدون النفسيون هؤلاء المسترشدون من خلال معاونتهم في توضيح الأولويات المهنية لديهم من حيث هذه العوامل. ثانياً، قد يحتاج المسترشدون إلى المساعدة في تحديد المهن المقبولة عن طريق مفهوم الذات لديهم. ثالثاً، قد يكون لدى المسترشدون طموحات لا تتناغم مع قدراتهم، واهتماماتهم في هذه الحالات، يمكن أن يقيّم المرشدون النفسيون طموح المسترشدون لتحديد ما إذا كانوا يرتبطون بعمليات الهزيمة الذاتية، مثل محاولة قضاء حياتهم وفقاً لمعايير الآخرين.

الإرشاد المهني بإستخدام الكمبيوتر Computer- Assisted Career Counseling

أصبح الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر هاماً في تقديم الإرشاد المهني في أمريكا الشمالية (Swanson , 1994) على الرغم من أن معظم المسترشدون يمكنهم الاستفادة من الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر، إلا أن المسترشدون ذوى الأهداف الدقيقة هم الأكثر استفادة وكسباً في الهوية المهنية نتيجة لاستخدام الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر (Kivlighan et al , 1994). هناك عدة عوامل قد أسهمت في زيادة استخدام الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر (Sampson , 1994) : رخص ثمن " الهاردوير "، تحسن سعة وقدرة برامج " السوفتوير "، والهاردوير "، مثل الرسومات الملونة، والبرامج الشاملة المتنوعة، وخبرة المرشدين النفسين الزائدة، ومقدمي المساعدة المتخصصين في استخدام الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر.

علق كثير من المؤلفين على أهمية تضمين الإرشادية المباشرة مع الإرشاد المهني الكمبيوتري. المشكلات التي يمكن أن تحدث عند استخدام الإرشاد المهني الكمبيوتري بدون التواصل المباشر للمرشد النفسي تحدث عند الاستخدام بواسطة مسترشدون غير مناسبين، عدم فهم المسترشدون الهدف من النظام أو كيفية تشغيله، وعدم قدرة المسترشدون على دمج خبراتهم الإرشادية الكمبيوترية في عملية اتخاذ القرارات (Sampson et al ., 1987). بالإضافة إلى ذلك، تحتاج المعايير الأخلاقية إلى توجيه معلومات قبل أو بعد تطبيق الاختبارات بما في ذلك الاختبارات التي تُغطى من خلال برامج الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر (Johnson et al 1988). أيضاً، يعزز الإرشاد المهني من فعالية استخدام البرنامج الملحقة بمساعدة الكمبيوتر (Dungy , 1984). لذا، يمكن النظر إلى الإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر على أنه مساعد للإرشاد المهني المباشر. كما أنه يقدّم نقطة بداية مفيدة يمكن للمسترشدون من خلالها اكتساب معلومات يضيقون بها اختياراتهم المهنية (Sampson , 1994) ينبغي أن يراقب المرشدون النفسيون استخدام المسترشدون للإرشاد المهني بمساعدة الكمبيوتر بالانخراط في حوار مستمر مع المسترشد ومن خلال المساعدة في دمج، وتفسير المعلومات لتعزيز اتخاذ القرارات المناسبة (Gati , 1994).

توجد العديد من البرامج المهنية الكمبيوترية. قدّم كل من هينبر وجونستون (1985)، ميز (1984)، زونكر (2002) وصفاً تحليلاً مقارناً للمشكلات الرئيسية. يشتمل جدول (25) على البرامج المهنية بمساعدة الكمبيوتر التي وصفها زونكر (2002)، وبعض البرامج الحديثة المتاحة.

إن الاختيار من مدي واسع من البرامج المهنية بمساعدة الكمبيوتر يمكن أن يكون مرهقاً. فيما يلي نعرض خطوطاً توجيهية لاختيار البرنامج المناسب (Mazo , 1984) :

- أحصل على مدخلات الهيئة : قم بإجراء تقييم للاحتياجات مع الهيئة، وحدد المجالات التي يمكن أن تحسنها البرامج الكمبيوترية.
- أحصل على معلومات وثيقة بالموضوع عن البرامج محل الدراسة وقيّم كل برنامج من حيث التكلفة حزم السوفتوير، الهاردوير ومتطلباته، والمستخدمين.
- رتب لعروض السوفتوير : قم باستعراض كل السوفتوير قبل شراء البرنامج - إذا أمكن ذلك.
- قم بمعاينة مخرجات النظام : قم بمراجعة نماذج من المطبوعات التي أخرجها كل مجموعة أو مكوّن من مكونات النظام قبل اتخاذ قرار بشأن البرنامج.
- حدد التكلفة الإجمالية للنظام : احسب التكلفة الإجمالية لكل سوفتوير وهاردوير محل الدراسة.
- حدد التكلفة لكل مستخدم : أحسب التقديرات المتوسطة، والعليا، والدنيا للمستخدمين لتحديد تكلفة النظام.

- حدد التكلفة في المرة الواحدة، والتكلفة المستمرة : من أمثلة التكلفة في المرة الواحدة، تكلفة الطابعة، ووصلة التليفون. أما التكلفة المستمرة فتشتمل على تكلفة تجديد حزم السوفتوير، وصيانة الأدوات. أيضاً هناك تكلفة مستمرة مرتبطة بالنظم المركزية.

جدول (25) البرامج المهنية الكمبيوترية

اسم البرنامج	الناشر و سنة النشر	استعراض البرنامج	السمات الخاصة	دور المرشد النفسى
البرنامج الكمبيوترى للتخطيط و التقييم المهني(CCAPP)	مهن كمبريدج (1989، و يُحدّث كل عامين)	يساعد فى التقييم المهني، واختيار البدائل، والاستكشاف المهني	يقدم معلومات عن ما يزيد على 1200 مهنة، و قائمة بالمناهج الجامعية، أو المناهج ذات الصلة بالاهتمام المهنى، و الخطة المهنية الفردية، و خطة البحث عن الوظيفة و الحصول عليها.	يمكن استخدام بعض الجوانب بشكل مستقل بواسطة المسترشدين، ولكن المرشدين النفسيين يفسرون كيف يستخدم المرشد النفسى البرنامج فى مساعدة المسترشد.
برنامج LECT -C	التوجيه التاريخى (1991، ويُحدّث كل سنة)	يساعد فى الوعى المهنى والاستكشاف، واتخاذ القرارات المهنية، والتخطيط التعليمي	يربط 14 موضوعا دراسياً بـ 700 وظيفة، ويصف 717 وظيفة، له خمس خيارات للتقييم الذاتى، يقدم معلومات عن المساعدات المالية، و يجيب عن أسئلة تخص الجامعات والكليات	لم يُصمم ليكون المصدر الوحيد للمهنة و المعلومات التربوية التعليمية ، ولكن قد يكون أداة مفيدة للمرشد المهني

قضايا التنوع في الإرشاد المهني DIVERSITY ISSUES IN CAREER COUNSELING

كما هو الحال في مجالات الإرشاد النفسي الأخرى، فإن قضايا التنوع ذات الصلة بالفروق في الثقافة، والحالة الاجتماعية – الاقتصادية، والتعليم، والجنس، والسن، والتوجّه الجنسي هامة بشكل متزايد في الإرشاد المهني. ليس هناك نماذج شمولية للتنمية المهنية للأقليات العرقية والعنصرية .(Hackett &Byars ,1996)

الخيارات	تنمية الموارد البشرية، كندا، 1977	يساعد فى المعرفة الذاتية و التقييم الذاتى ، الاستكشاف المهنى ، التخطيط ، و اتخاذ القرار	يزاوج بين الاهتمامات و المهن . يحدد المدارس التى بها برامج و مناهج ذات صلة بالاختيار المهنى ، و يقدم معلومات عن المدارس	يمكن استخدامه مع أقل مساعدة ممكنة من المرشد المهني
اكتشف	برنامج اختبار الجامعة الاميركي نسخة 1990.3	يساعد فى الاختيار المهنى ، و مهارات اتخاذ القرارات ، يعزز التكيف العام للمسترشد	يقدم الفرص للخضوع إلى قوائم الاهتمام، والقيم، و القدرة، ويخرج درجات تستخدم لإجراء الوظائف، ويبحث عن البرامج الدراسية الجامعية، ويقدم معلومات عن المجالات المهنية المختلفة، والمؤسسات التعليمية	يمكن استخدامه مع التخطيط المهنى، والمناهج، وورش العمل
نظام التوجيه والمعلومات GIS	ريفرسايد، هوفتون ميفلين، 1991	يقدم معلومات عن 1200 مهنة أساسية، 300 مهنة ذات صلة، يُجمع وفقاً للمكتب الأمريكى للتجمعات التربوية و المهنية، و قاموس الألقاب المهنية	يقدم الوصول من خلال التليفون ، أو العرض الطرفى ، الذى يستقبل إشارات ، أو مطبوعات ، أو يعرض النسخة	لم يصمم ليكون المصدر الوحيد للمهنة والمعلومات التربوية المهنية ولكنه قد يكون أداة مفيدة للمرشد المهني

لذا، ينبغي أن يتوخي الممارسون الحذر عند التقدير الاستقرائي من النظرية للممارسة وغرس الوعي بالقضايا ذات الحساسية الثقافية متى كان ذلك مناسباً. التعليم والحالة الاجتماعية – الاقتصادية متغيران هامان في الاستفادة من نظريات الإرشاد المهني للأقليات (Arbona , 1996). على الرغم من أن نظريات الإرشاد المهني يمكن أن تكون مفيدة عبر الثقافات مع الأفراد الذين يتقدمون تعليمياً أو مع الأفراد الذين هم الطبقة الوسطى أو العليا، إلا أن النظريات التي تؤكد على الاختيار المهني قليلة المنفعة بالنسبة للأفراد الذين يعيشون في الفقر أو الأفراد المتسربين من الدراسة (Arbona , 1996). في هذه الحالات، فإن المنهج المناسب قد يتمثل في تعزيز التنمية المعرفية والأكاديمية، والاجتماعية – الوجدانية (Arbona , 1996).

هناك اعتبارات ثقافية أخرى في الإرشاد المهني ترتبط بالأمريكان من أصل آسيوي والأقليات العرقية الأخرى (Leong & chou , 1994). نمو الهوية، والتثقيف، والاستيعاب كلها متغيرات رئيسية يمكن أن تؤثر في التحيّز، والضغوط، والطموحات والتوقعات التعليمية والمهنية.علي سبيل المثال،

الأمريكان الآسيويون الذين حصلوا على تقديرات منخفضة من التثقيف والاستيعاب يميلون إلى الحصول على درجات مرتفعة على التحيّز والضغوط. ولذا ينبغي مراقبة ومخاطبة قضايا التحيّز والضغوط كمعوقات قوية للإرشاد المهني. يميل الأمريكان الآسيويون دون الأقليات الأخرى إلى المعاناة من درجة مرتفعة من النمطية والعزلة. هناك نزعة إلى النظر للاسيويين على أنهم ماهرون في مجالات العلوم والرياضيات، ولكن ليس ماهرين في المهن التي تتعلق باللغة والعلاقات البينشخصية. إذاً، ليس بمستغرب أنهم لا يمثلون في المهن مثل القانون، في حين يمثلون وبكثرة في العلوم والهندسة تجدر الإشارة إلى أن مستويات التثقيف والاستيعاب قد تكون متغيرات متداخلة هامة. فالأفراد ذوي المستوى المنخفض في الاندماج الثقافي يكونون أكثر عرضة للتأثيرات العكسية للنمطية والعزلة، مقارنة بالأفراد المنخرطين في المجتمع. فالتحرك نحو الاستيعاب والتثقيف ربما يعزز مرحلة مطابقة من نمو الهوية التي ترفض وجهات النظر النمطية عن الاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية.

الأمريكان الآسيويون، والأمريكان الأفارقة، والأسبانيون كلهم يمرون بخبرة العوائق المهنية القوية المرتبطة بالطموحات والتوقعات المهنية والتعليمية. بالنسبة لهؤلاء الأفراد، هناك تناقص كبير بين الطموحات المهنية والتعليمية والدرجة التي يتوقعون عند تحقيق هذه الأهداف، ويعود ذلك – جزئياً – إلى التمييز العنصري ضد الأقليات ذات الصلة، مثل الدافعية والتثبيط – بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يأخذ المرشدون النفسيون دوراً نشطاً في مساعدة المسترشدون في التغلب على الممارسات التمييزية ذات التأثيرات العكسية على المسترشدون.

لقد لاقت التنمية المهنية للسيدات اهتماماً كبيراً في أدبيات الإرشاد المهني، وما زالت هي الموضوع الرئيسي في البحوث الدراسية.

قضايا الجنس تخترق كل مناحي التنمية المهنية، بما في ذلك التفاعل المعقّد للحياة الأسرية / الشخصية وعالم العمل (Swanson & Gore , 2000) ونتيجة لذلك، فإن هذه القضايا قد تكون أكثر أهمية في الإرشاد المهني منه في مجالات التخصص الإرشادي الأخرى، ويعود ذلك – جزئياً– إلى التاريخ الطويل من التمييز الجنسي في ورشة العمل،وممارسات نمطية الدور الجنسي، بنواتجه العكسية – على الاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية – نظرية فعالية الذات ونظرية جوتفريدسون اللتان تم وصفهما في بداية هذا الفصل نظريتان مفيدتان في مخاطبة القضايا المهنية للسيدات. على سبيل المثال، أحد القضايا الأكثر أهمية التي ينبغي على المرشدين المهنيين مخاطبتها عند العمل مع السيدات الأمريكيات الأفريقيات هي كيف تؤثر خبرات العنصرية على توقعات فعالية الذات (Hackett & Byars ,1996).

العمر الزمني اعتبار أخر هام، فقد انصب تركيز المرشدين المهنيين تاريخياً على مساعدة طلاب المدرسة الثانوية في عملية الاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية. في عالم التغيير التكنولوجي السريع، وفي العصر الذي يعيش فيه الناس لفترة زمنية أطول أصبح من الشائع بالنسبة للأفراد تغيير المهن مرات عديدة خلال فترة حياتهم. لذا، فإن الإرشاد المهني يوسّع من قاعدته لتشتمل على منظور مدى الحياة. إن مفهوم المهنية ينبغي أن يُعاد تعريفه من أجل تشجيع المنظور النمائي في

الإرشاد المهني (watts , 1996). إن المفهوم القديم للمهنة كترقي على السلم الوظيفي في مهنة أو مؤسسة ما أصبح مهجوراً (watts , 1996). هناك مفهوم أكثر واقعية للمهنية، وهو أن المهنة خبرة شخصية وتقدم طول الحياة في التعلم والعمل (watts, 1996). هذا التعريف يعترف بأن الناس مسؤولون تماماً عن تحديد وتعريف وجودهم بلغة عالم الأعمال، وينصب تركيز خبراتهم على ما تعلموه، وما أسهموا به في أعمالهم. يقدّم سيلجيمان (1994) معلومات أخرى تتعلق بالنظرية، والبحوث، والممارسة في الإرشاد المهني عبر الحياة (الطفولة، المراهقة، الشباب المبكر، الشباب الوسطي، والشباب المتأخرة) على سبيل المثال، تعزيز تقدير الذات، والتربية المهنية مكونات هامة في الإرشاد المهني مع الأطفال، وقضايا العمل قبل التقاعد، والتسلية يمكن أن تكون محور التركيز في الإرشاد المهني أثناء مرحلة الشباب المتأخرة (Seligman , 1994).

تمثل قضايا التوجّه الجنسي مثالاً آخر على التنوع في الإرشاد المهني. فمن المهم – على وجه الخصوص – بالنسبة للمرشدين المهنيين أن يكونوا على وعي بالقضايا المهنية الخاصة للواطيين والسحاقيين وثنائي الجنس. فالتوجّه الجنسي ودرجة الانفتاحية بخصوص الجنس (مثلاً : الصراحة بشأن اللواط) يمكن أن يؤثر على نوع الوظيفة وبيئة العمل التي يختارها الفرد (Chung,1995). لسوء الحظ، فإن النظريات التي تتعلق بالتنمية المهنية للواطيين، والسحاقيين، وثنائي الجنس بطيئة في الظهور على الساحة (Chung , 1995)، على الرغم من أن العديد من الباحثين قد حاولوا ملأ هذا الفراغ، مثل دراسة فاسينجر (1995) عن هوية اللواطي في ورشة العمل، ودراسة برنس عن التنمية المهنية للواطيين تصف بحوث فاسينجر كيف أن تنمية الهوية لدى اللواطيين، والبناءات المهنية للسيكولوجية المهنية للسيدات يمكن دمجها مع القضايا المهنية للواطيين، وتقدم معلومات مفيدة يمكن أن تساعد المرشدين النفسين ذوى الحساسة لقضايا اللواطيين. على سبيل المثال، لا يعتمد اللواطيون عادة على الرجال في الدعم المالي، ولذا يميلون إلى التوظيف الذي يجعلهم مستقلين مادياً أكثر من النساء السحاقيات.

أحد الوسائل لمخاطبة قضايا التنوع، وتعدد الثقافات هي التوصية بدمج مبادئ العدالة الاجتماعية في التنمية المهنية، والإرشاد المهني من خلال المنهج الاشتراكي التحريري (Blustein et al ., 2005) فالأفراد المحرومون اجتماعياً وثقافياً لديهم اختيارات ضئيلة، أو تحكم ضعيف في عالم العمل، وفرص قليلة – إن وُجدت تتعلق بالاختيار المهني واتخاذ القرارات المهنية (Blustein et al ., 2005). قد يرجع هذا التناقص جزئياً إلى عدم المساواة التي تتعلق بتميز الأفراد المرفهين على حساب الأفراد المحرومين. يعتقد البعض بأن الأخصائيين النفسيين المهنيين، وغيرهم في مجال الإرشاد المهني ينبغي أن ينخرطوا في أنشطة العدالة الاجتماعية(Blustein et al ., 2005). وفقاً لهذا المنظور، فإن الهدف الرئيسي للعدالة الاجتماعية هو " فهم وتحويل الآليات التي تخلدّ القهر، وتبقي على التميز، وتحافظ على عدم المساواة الاجتماعية ". (Blustein et al ., 2005). لذا، فإن العدالة الاجتماعية لابد أن تتمركز حول النتائج التي يمكن ملاحظتها وليس على مجرد البلاغة السياسية الاجتماعية (Blustein et al ., 2005)

قدّمت إيفانز (2008) مثالاً على كيفية تطبيق الكفاءات الإرشادية متعددة الثقافات على تخصصات الإرشاد النفسي، حيث طبقها – باستخدام 31 كفاءة متعددة الثقافات حددها أريدوندو ورفاقه (1996) على الإرشاد المهني من حيث وعي المرشدين النفسين بقيمهم وتحيزاتهم الثقافية، والوعي بوجهات نظر المسترشدون عن أنفسهم وعن العالم، والتدخلات ذات الحساسية للثقافة.

الخلاصة

ظهرت العديد من الاتجاهات في الإرشاد المهني، بما في ذلك استخدام تكنولوجيا الكمبيوتر. هذا الفصل وصف البرمجيات المهنية الشائع. وقدّم معلومات يمكن استخدامها عند اختيار هذه البرامج كما أنه قدّم استعراضاً لقضايا التنوع في الإرشاد المهني،خصوصاً القضايا التي تتعلق بالنساء، بالإضافة إلى قضايا أخرى لابد من اعتبارها في الإرشاد المهني : السن، الثقافة والتوجّه الجنسي.

الاستكشاف الشخصي

1- كيف ترى مفهوم المهنة عبر حياتك؟

2- ما هي المعوقات القوية التي تراها تقف في طريق نموك المهني؟

3- إلى أي مدى تكون المهنة هامة بالنسبة للأمور الأخرى في حياتك مثل علاقاتك الشخصية، والحياة الاجتماعية، والحياة الأسرية؟

4- هل يمكن أن تربط أي من النظريات المهنية بتمنيتك المهنة، ولو استطعت كيف ذلك؟

الفصل 14

الإرشاد النفسي المدرسي

اطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدّم استعراضاً للقضايا ذات الصلة بالإرشاد النفسي المدرسي ، ويشتمل على الموضوعات التالية :-

- فن وعلم الإرشاد النفسي المدرسي
- النموذج النمائي الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي
- دور ووظيفة المرشدين في الإرشاد النفسي المدرسي
- المهارات والمشكلات الخاصة ، بما في ذلك إرشاد الطلاب الاستثنائيين
- الاتجاهات في الإرشاد النفسي المدرسي.

فن وعلم الإرشاد النفسي المدرسي

THE ART AND SCIENCE OF SCHOOL COUNSELING

من الفن محاولة الوصول إلى الطالب المتردد أو المقاوم - الذي لديه مشكلات في المخدرات، الاشتراك في العصابة، والأسرة. يعمل المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد النفسي - عن قرب مع وكالات المجتمع المحلى ومنظماته، والاستشارة مع الوالدين، والمعلمين، وهيئة التدريس لتقديم خدمات حل هذه المشكلات التي يواجهها الطلاب، وغيرها. يكمن الإرشاد النفسي المدرسي في كونه حساساً للفروق الفردية، وتبنيه للتنوع كفرصة لتوسيع الآفاق التعليمية. كما أن المرونة والإبداع لهما صلة أيضاً. يمكن للمرشدين النفسيين تكييف منهجهم الإرشادي من خلال استخدام الاستراتيجيات الحديثة مثل العلاج النفسي باللعب (Campbell,1993)، والعلاج النفسي بالموسيقى (Newcomb,1994)، والعلاج بالرمال (Carmichael,1994).

كما أن هناك أيضاً بُعد علمي - موضوعي في الإرشاد النفسي المدرسي. يمكن استخدام البحث العلمي لتعزيز الممارسة المدفوعة بالبيانات، والأهداف المدرسية مثل تعزيز إنجاز الطلاب، والعدالة الاجتماعية (Dahir & Stone ,2009). يشير التحليل البعدي لبحوث الإرشاد النفسي المدرسي إلى أن

أنشطة الإرشاد النفسي المدرسي (مثل الإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي) تلعب دوراً هاماً في تعزيز النمو الشخصي والأكاديمي (Borders & Drury ,1992). الأشكال الأكثر واقعية للبحوث - البحوث النوعية - تقدم بديلاً عملياً لاختبار الفرض الإحصائي التقليدي المرتبط بالبحوث الكمية. على سبيل المثال، استخدام المقابلات الشخصية شبه المنظمة اتجاه ناشئ (حديث) في الإرشاد النفسي المدرسي (Baker,1995).

إن للبحوث دوراً هاماً في مستقبل الإرشاد النفسي المدرسي. إن خبرة المرشد النفسي المدرسي في تسع مشكلات يواجهها الطلاب : تقدير الذات، اضطرابات الأكل، انتحار الطفل والمراهق، الاكتئاب، حمل المراهقة، تناول المسكرات، الإساءة الجسمية والجنسية، الضغوط، والطلاق - ضرورية لأن هذه المشكلات هي العقبات في طريق النمو الاجتماعي والنفسي للأطفال (Capuzzi,1988).

النموذج النمائي الشامل للإرشاد النفسي المدرسي

A COMPREHENSIVE DEVELOPMENTAL MODEL FOR SCHOOL COUNSELING

يمثل الإرشاد النفسي المدرسي النمائي تحولاً من العلاج والتدخل من أجل حل الأزمة إلى التعلم والتنمية (Paisley Et Al ,1995). في النموذج النمائي الشامل (Paisley & Benshoff ,1996 , Pais-ley & Borders ,1995 , Paisley & Deangelis ,1995) ، يشير مصطلح " الشامل " إلى فكرة أن برامج الإرشاد النفسي المدرسي يجب أن تعمل كجزء متمم للبرامج من الروضة إلى الصف الثاني عشر، وليس منعزلة عنها. أما " النمائي " فيشير إلى أن برامج الإرشاد النفسي المدرسي ينبغي أن تنتظم من منظور مدى الحياة " البرنامج النمائي نشط ووقائي، ويساعد الطلاب على اكتساب المعرفة، والمهارات، والوعي الذاتي، والاتجاهات اللازمة للإتقان الناجح للمهام النمائية الطبيعية " . (Paisley & Deangelis - Peace, 1995,P.87)

في الولايات المتحدة الأمريكية هناك بعض الولايات التي لديها برامج التوجيه النمائي الشاملة من الروضة إلى الصف الثاني عشر : (Bergin Et Al.,1990) والباحثان اللذان لعبا الدور الرئيسي في صياغة نماذج الإرشاد النفسي المدرسي النمائية الشاملة هما: روبرت ميريك ونورهان جيسبرس. ففي نموذجه، يحدد ميريك (1987) عدداً من الأهداف للإرشاد النفسي تركز على التنمية الشخصية، والاجتماعية، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والتربية المهنية، والتخطيط التربوي. يشير جيسبرس (2004) إلى أن البرنامج الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي ينبغي أن يكون من الروضة إلى الصف عشر، وتزويد المرشدون النفسيون المدرسيون بالفرص لتوصيل المسؤولية التربوية. لنموذج جيسبرس ثلاثة عناصر: المحتوى، إطار عمل تنظيمي، والموارد (Ceysbers,2004 , Gysbers & Henderson ,2000). العنصر الأول -المحتوى- يرتبط بالرسالة المعلنة. ويقدم أساساً منطقياً للإرشاد النفسي المدرسي، والافتراضات التي يستند إليها البرنامج. أما العنصر الثاني - إطار العمل

التنظيمي- فله المكونات الأربع التالية:

- التخطيط الفردي: يساعد الطلاب (مع الوالدين) في تنفيذ خططهم الشخصية، والمهنية، والأكاديمية.
- منهج التوجيه: أنشطة منظمة مثل العروض داخل حجرة الدراسة عن إدارة الوقت.
- خدمات مستجيبة: الإرشاد الفردي، وإرشاد المجموعات الصغيرة، والاستشارة، والإحالة.
- دعم النظام: استخدام دعم النظام لتنظيم وتطبيق البرنامج.

أما **العنصر الثالث**، فيتعلق بما إذا كان البرنامج له الموارد اللازمة أم لا. وفقاً لجيسبرس، فإن البرنامج الإرشادي التوجيهي الشامل يحتاج إلى أموال كافية، وهيئة، ودعم سياسي. طبق جيسبرس برنامجه على 75 مدرسه في ميسوري بين عام 1984 إلى 1988، يُشار إليه على أنه نموذج ميسوري (Good Et Al .,1994). يرى جيسبرس أن نموذج ميسوري يستخدم في ما يقرب من 30 ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية. كما أن جيسبرس لعب أيضاً دوراً مؤثراً في تنمية النموذج القومي الحديث للإرشاد النفسي المدرسي (Asca,2003,2005)، الذي دمج الإطار العملي التنظيمي للتخطيط الفردي، ومنهج التوجيه، والخدمات المستجيبة، ودعم النظام، وأيضاً أشتمل على تأكيده على المسؤولية التربوية للبرنامج.

وضع نيكروج ورفاقه (1993) نموذجاً نمائياً للإرشاد النفسي المدرسي والتوجيه - هذا النموذج دعمته الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي، وهو نموذج بسيط، ومع ذلك مرن يمكن للمرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي استخدامه لمخاطبة الحاجات الخاصة للطلاب الذين يقومون بخدمتهم. هذا النموذج - الذي يقوم على النظرية النمائية - يشجع المرشدين النفسيين على تطبيق التدخلات التي تتناغم مع المهام النمائية للطلاب. فهو نموذج نشط "يؤكد بشكل رئيسي على تعزيز التعلم والنمو لكل الطلاب، كما أن تأكيده الثاني ينصب على مساعدة الأفراد (الطلاب) في حل المشكلات والهموم الخاصة" (Neukrug Et Al.,1993 ,P.358) هناك ندرة في البحوث عن فعالية هذه البرامج. فقد قامت دراسة أجراها بيرجين ورفاقه (1990) بتقييم نموذج توجيه نمائي يُسمى بناء المهارات للمستقبل (قسم التربية بأوكلاهوما،1988)، ويُطبّق في المدارس القروية. وجدت الدراسة أن هذا البرنامج قد أظهر استجابات موجبه من الوالدين، والمعلمين، وقادة المجتمع. أما الدعم الآخر لنموذج الإرشاد النفسي المدرسي النمائي الشامل، فقد أتى من مسح لإتجاهات الطلاب، والمعلمين، والوالدين نحو برنامج التوجيه الشامل لميسوري (Hughey Et Al.,1993). أشارت النتائج إلى أن المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي المدرسي قد نُظر إليهم على أنهم أفراد مهتمون، ويقدمون الرعاية، ويذهب طلابهم بحرية في طلب المساعدة في المهنة والتخطيط الجامعي، والإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي. بالإضافة إلى ذلك يعتقد الوالدان، والطلاب، والمعلمون أن المدارس تشغّل مرشدين نفسيين آخرين.

لقد لاقى المرشدون النفسيون في مجال الإرشاد النفسي المدرسي صعوبة في تطبيق البرامج الشمولية لأنهم لا يفهمون بوضوح المفهوم، ولديهم صعوبة في ترجمة هذه الأفكار إلى ممارسة (Paisley & Borders ,1995). المعرفة والمهارات اللازمة لتطبيق هذه البرامج تشتمل على: أن تقوم هذه البرامج على النظرية النمائية (بما في ذلك فهم كيف يحدث التغيير)، والألفة مع البرامج مثل برامج مساعدة الزملاء الذي عزز التنمية بشكل ناجح، والوعي بالإستراتيجيات الناشئة، مثل الملائمة بين الفرد والبيئة (Paisley & Benshoff ,1996 , Paisley & Deangelis -Peace ,1995). تشتمل المهارات على استخدام النظرية النمائية في التقييم لتحديد التدخلات المناسبة والتشاور مع الوالدين والمعلمين. أما المهارات الأخرى، فتشتمل على استخدام مناقشات ذات طبيعة خلاقة لمساعدة الطلاب على استكشاف المواقف الصعبة، والاستدلال الذي يستخدمونه في عمل اختياراتهم (Paisley & Benshoff,1996)

يمكن أن تلعب التكنولوجيا دوراً هاماً في تطبيق الإرشاد النفسي المدرسي النمائي (Casey ,1995). يشير كيسي إلى أن التكنولوجيا الحديثة لابد من دمجها في كل مظاهر برنامج الإرشاد النفسي المدرسي، بما في ذلك الإرشاد الجمعي، والإرشاد النفسي والاستشارة للمجموعات الكبيرة. يقدم كيسي مثالاً على كيفية استخدام التكنولوجيا مثل الاسطوانات المدمجة، والانترنت مع الطلاب ذوي الأعمار المختلفة. على سبيل المثال، هناك إستراتيجية تكنولوجيه ممكنة مع الأطفال في سن العاشرة، وتتمثل في تطوير نادٍ تكنولوجي، حيث أن تعزيز الصداقة أولوية هامة للطلاب في كل الأعمار.

الاتجاه (المنظور) النمائي A DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE

يمثل الاتجاه النمائي – الذي هو في قلب النموذج النمائي الشامل للإرشاد النفسي المدرسي – تحولاً من الدور الإكلينيكي إلى دور تعزيز الوقاية (Gysbers & Henderson ,1988). في هذا الدور، يعمل المرشدون النفسيون عن قرب مع المعلمين لتعزيز التوجيه والإرشاد النفسي النمائي كمظهر متمم للبرنامج المدرسي الإجمالي. لا يمكن تحقيق أهداف الإرشاد النفسي النمائي كليةً إلا إذا أصبح المعلمون نشيطين في تقديم الأنشطة التوجيهية في غرفة الدراسة (Myrick,1987)، هناك الكثير ممن دمجوا الاتجاه النمائي في المنهج الإرشادي. (الإرشاد النفسي النمائي لبلوتشر،1987,1974، والعلاج النفسي النمائي لأيفي 1986). تشير هذه النظريات إلى أنه على المرشدين النفسيين تحديد – أولاً – المستوى النمائي للمسترشد ، ثم بعد ذلك تطبيق المنهج الذي يخاطب حاجات هذا المستوى. إن مناهج الإرشاد النفسي النمائي تدمج العديد من نظريات النمو. يؤكد إيفي (1986) على نظرية النمو المعرفي لبياجيه (1955)، بينما يركز بلوتشر (1974,1987) على مفهوم المهام النمائية لهافيجرست (1972)، والنظرية الاجتماعية النفسية لإريكسورن (1963)، كما ذكرنا قبل ذلك، فإن

النظريات النمائية قد أصبحت أكثر حساسية واستشعاراً لقضايا التنوع مثل أعمال كارول جيليجان (1982) عن الجنس والنمو الخُلقي.

يشير نموذج بلوتشر (1974) إلى أن هناك مهام نماتية معينة ترتبط بكل مرحلة من مراحل النمو. لابد أن يتقن المسترشدون مهارات المواجهة للوفاء بالتحديات الخاصة بهذه المهام من أجل التقدم الناجح نحو المهمة النمائية التالية. يشير بلوتشر (1974) إلى أن الأهداف والإستراتيجيات الإرشادية يمكن تطويرها من أجل مساعدة الأفراد على إتقان مهارات المواجهة الضرورية أثناء تقدمهم خلال فترة الحياة.

وفقاً لبلوتشر (1974,1987)، فإن تلاميذ المرحلة الابتدائية يواجهون المهمة النمائية للصناعة، وحق المبادرة. يمكن تيسير هذه المهام من خلال تحقيق الأهداف الإرشادية التي تساعد التلاميذ في تطبيق الأنشطة بأنفسهم، والشعور بالكفاءة عند منافسة الزملاء. يمكن للمرشدين النفسيين تعزيز الصناعة وحق المبادرة من خلال مساعدة التلاميذ على تقييم أنفسهم، والشعور بالتحكم في بيئتهم. الإستراتيجيات الإرشادية (مثل الاستشارة، الإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي) التي تعزز تنمية مفهوم الذات والتشجيع عليه يمكن أن تُستخدم لتسهيل تحقيق هذه الأهداف الإرشادية.

يمكن أيضاً استخدام نظرية بلوتشر (1974,1987) وتطبيقها على طلاب المدرسة الوسطى. المهمة النمائية الرئيسية في هذه السنوات هي تشكيل الهوية. يمكن تنمية الأهداف الإرشادية للمساعدة في هذه المهمة، مثل مساعدة الطلاب في تعزيز وعيهم الذاتي وتوضيح قيمتهم. يمكن أن يستخدم المرشد النفسي الاستشارة، الإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي لمخاطبة هذه القضايا بالإضافة إلى مشكلات أخرى تحتاج إلى اهتمام.

أما المهمة النمائية الرئيسية في المدرسة الثانوية فهي المودة. هذه المهمة تحتاج إلى تنمية المهارات اللازمة لتحقيق العلاقات التي تتسم بالثقة والقرب من الأخوة، والزملاء، والوالدين، والآخرين. وتعزز مهارات العلاقة البينشخصية. قد تكون الاستشارة، والإرشاد الفردي، والإرشاد الجماعي – والتي تركز على التدريب على المهارات الاجتماعية – مفيدة كإستراتيجيات لتعزيز الفعالية البينشخصية.

جدول (26) يقدّم استعراضاً لهذه المهام النمائية، والأهداف الإرشادية، والإستراتيجيات الإرشادية ذات الصلة وفقاً لنموذج بلوتشر.

جدول (26) المهام النمائية، الأهداف، والاستراتيجيات الإرشادية

المستوى السني	المهمة النمائية	الأهداف الإرشادية	الإستراتيجية الإرشادية
المدرسة الابتدائية	الصناعة وحق المبادرة	تعزيز الاستقلالية والحكم الذاتي	الاستشارة والإرشاد الفردي والجمعي لتعزيز تنمية مفهوم الذات، استراتيجيات التشجيع لمساعدة التلاميذ على الإيمان بقدراتهم، وتطبيق الأنشطة بأنفسهم، تدخلات التحكم الذاتي للتلاميذ الذين يتداخل التحكم في الدوافع لديهم مع قدرتهم على إتمام المهام.
المدرسة الوسطى	تشكيل الهوية	مساعدة الطلاب في الحصول على فهم واضح عن أنفسهم كأفراد	الاستشارة والإرشاد الفردي والجمعي لتعزيز الوعي الذاتي وتوضيح القيم.
المدرسة الثانوية	المودة	تعزيز الاهتمام الاجتماعي والفعالية البينشخصية	الاستشارة، والإرشاد الفردي والجمعي لتعزيز الاهتمام الاجتماعي، والتعاطف مع الآخرين، الإرشاد الجمعي لتعزيز الفعالية البينشخصية، الإرشاد المهني للربط بين عالم الأعمال.

إن المهام النمائية والأهداف الإرشادية المرتبطة بها وكذلك الإستراتيجيات المرتبطة بها والموضحة في جدول (26) يمكن أن تكون مفيدة في تقديم الاهتمام للخدمات الإرشادية. وفي الوقت نفسه، لا ينبغي أن تقتصر برامج المرشدين النفسيين على هذه المهام أو الإستراتيجيات الإرشادية المرتبطة بها.

ينبغي أن يخاطب البرنامج النمائي الشامل للإرشاد النفسي المدرسي مدى واسعاً من القضايا التي تهم تلاميذ المرحلة الابتدائية، مثل الطلاق ، تناول المسكرات، وحمل المراهقات.

دور ووظيفة المرشدون النفسيون في الإرشاد المدرسي Role And Function Of School Counselors

أحد القضايا الأخلاقية في الإرشاد النفسي المدرسي كانت ومازالت دور ووظيفة المرشدين النفسيين. فقد تركز الخلاف حول الصعوبات التي يواجهها هؤلاء المرشدون في محاولة تحقيق هوية مهنية واضحة (Paisley & Borders ,1995)، وما هي الخطوات التي يتخذونها في التغلب على هذه المشكلات. أحد الطرق لإصدار مقولة واضحة عن دور ووظيفة المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد

النفسي المدرسي تتمثل في وصف الرسالة الرئيسية للإرشاد النفسي المدرسي في تعزيز التعلم. أخيراً، ينبغي أن تزيد كل أنشطة الإرشاد النفسي المدرسي من قوة التعلم لدى الطلاب إلى أقصى درجة ممكنة. على سبيل المثال، تبين أن مفهوم الذات والإنجاز الدراسي بينهما علاقة ارتباطيه موجبة (Hamachek,1995). لذا، فإن المرشد النفسي الذي يعزز من مفهوم الذات لدى التلميذ سوف يسهم في القدرة التعليمية لدى هذا التلميذ، هذا الجزء يخاطب القضايا الأساسية ذات الصلة بدور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي مثل الإرشاد النفسي من منظور تاريخي، ومقولة الدور الحالي للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي المدرسي، ودور ووظيفة المرشد النفسي (المدرسي الذي يعمل في المدارس الابتدائية، والوسطى، والثانوية، وفي المدارس النائية).

الاتجاه التاريخي A HISTORICAL PERSPECTIVE

من الممكن أن يكون الاتجاه التاريخي مفيداً لفهم كيفية نشوء دور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي. لقد تم دمج وصف وملاحظات جيسبرس (1988) عن تاريخ الإرشاد النفسي المدرسي في الاستعراض التالي.

الإرشاد النفسي المدرسي كتخصص بدأ في التطور في الفترة من 1909 إلى 1920. يمكن تتبع نشأة الإرشاد النفسي المدرسي من خلال العمل الرائد لفرانك بارسونز (1909)، والذي قدّم خدمات توجيهية مهنية في المدارس.

أثناء عام 1920، هذا التأكيد تحوّل من التوجيه المهني إلى المساعدة في التكيف الشخصي.

أما عام 1930، فقد كان الفترة التي فيها محاولات التمييز بين التوجيه والتوجيه المهني. مصطلح التوجيه يُعرف على نطاق واسع بأنه مساعدة الأفراد في مشكلات التكيف لأي جانب من جوانب الحياة، بما في ذلك الصحة أو الأصدقاء والأسرة بالإضافة إلى العمل. أما التوجيه المهني، فيعرف على نطاق ضيق بأنه مساعدة الناس في اختيار المهنة، والإعداد لها، والتموضع فيها، والتقدم فيها. أثناء هذه الفترة، بدأ المرشدون النفسيون في الإرشاد النفسي المدرسي استخدام مصطلحات رسمية مثل الإرشاد النفسي، التقييم، المعلومات، التموضع، والمتابعة لوصف ما يحدق في عملية المساعدة ولقد بدأ الشعور بتأثير وجهات نظر كارل روجرز في الإرشاد النفسي في عام 1940. فقد كان لكتابة: الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي (1942) تأثيراً دراماتيكي على دور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي. كما قدّم منهجه المتمركز حول الشخص إطاراً عملياً نظرياً للإرشاد الفردي، ونتج عنه تبني المرشدين النفسيين في الإرشاد المدرسي للممارسة الإكلينيكية. ويستمر عمل روجرز في أن يكون له التأثير الرئيسي على الإرشاد النفسي المدرسي المعاصر، حيث حاول المرشدون النفسيون مساعدة الطلاب في العديد من المشكلات الشخصية.

وفي عام 1950، كان هناك تأييد واسع للمرشدين النفسيين في مجال الإرشاد المدرسي وذلك بصدور القانون العام 85–864، القانون القومي للدفاع عن التعليم. فقد خصّص هذا القانون ميزانية للجامعات والكليات لتدريب الطلاب ليكونوا مرشدين نفسيين لطلاب المرحلة الثانوية.

وفي عام 1960، تحوّل الاهتمام من التوجيه كتكيّف إلى التوجيه النمائي. يؤكد التوجيه النمائي على أهمية فهم والعمل مع الطلاب من اتجاه نمائي. كما يؤكد – كثيراً – على الوقاية من أو منع المشكلات بدلاً من مجرد مساعدة الطلاب على التكيّف مع مشكلاتهم. مازال المرشدون النفسيون في الإرشاد المدرسي يستفيدون من الاتجاه النمائي ليشمل نموذج التوجيه النمائي الشامل من الروضة إلى الصف الثاني عشر. أيضاً، شهدت هذه الفترة جهوداً قومية لدمج التربية المهنية في البرنامج المدرسي ككل، وهو مجهود قوبل بمقاومة من بعض المعلمين والإداريين لأنهم يعتقدون بأنه يأخذ وقتاً له قيمته من جهودهم ومساعيهم الأكاديمية الضرورية. لذا، فقد كان لدمج التربية المهنية في المدارس الحكومية العامة نجاح محدود. أيضاً شهدت هذه الفترة صدور القانون العام 94–142، قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين (القانون العام 94–142–1975). وفي عام 1975، نتيجة لهذا القانون، اتسع دور المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي ليشتمل على تنسيق التقييم والتموضع للطلاب الاستثنائيين والمساعدة في تطوير وتطبيق برامجهم التعليمية الفردية. كما قدم عام 1970 استخدام الكمبيوترات الشخصية في تقدير درجات الاختبار، والجداول الزمنية، والإرشاد المهني وبداية الإرشاد الجمعي في برامج الإرشاد النفسي والتوجيه. وفي عام 1980، لاقى التوجيه المهني دعماً فيدرالياً متجدداً فقد صدر قانون التربية المهنية لكارل. دي. بيركينز في عام 1984 استجابة للاعتقاد بأن المدارس الحكومية لا تعد الطلاب بشكل كافٍ للحصول على الوظيفة أو الاستمرار في التعليم ما بعد الثانوي. استخدمت العديد من الولايات هذه الميزانيات أو الدعم المالي في إعداد برامج التوجيه والإرشاد النفسي من الروضة إلى الصف الثاني عشر. وحتى تصبح هذه الولايات أهلاً لهذه المنح المالية، لابد أن توفر فرصاً للطلاب لاكتساب مهارات التوظيف. كما شهد عام 1980 أيضاً وعي متزايداً بأهمية القضايا متعددة الثقافة في الإرشاد النفسي. بدأ المرشدون النفسيون في تعديل اتجاهاتهم للإرشاد النفسي من الاتجاه (المنظور) متعدد الثقافة.

كما أن حقبة الثمانينيات كانت فترة التغيرات في صناعة المجتمع، والتي أثرت بشكل دراماتيكي على الأطفال بالغي سن المدرسة. أثناء هذه الفترة، عاين المرشدون النفسيون زيادة كبيرة في الطلاق، والانتحار، وتناول المخدرات والمسكرات، وحمل المراهقات، واضطرابات الأكل.

ونتيجة لذلك، استثمر المرشدون النفسيون جهداً كبيراً في تطبيق البرامج الوقائية والعلاجية لمخاطبة هذه القضايا المعقدة. ومن أمثلة ذلك برامج الوعي، والوقاية من المخدرات، والإرشاد الجمعي للأطفال المدمنين للكحوليات، وأطفال الأسر المطلقّة، وتعليم الوالدين، والإرشاد النفسي الأسري. وفي الوقت نفسه، بدأت النظم التعليمية في التدقيق أو البحث في فعالية الإرشاد النفسي المدرسي، ونتيجة لذلك، أكدت على المسؤولية التربوية للمرشد النفسي. وفي عام 1990، واجه الإرشاد النفسي

المدرسي فرصاً وتحديات عديدة. استمر المرشدون النفسيون في التعامل مع مدى واسع ومستمر من المشكلات الاجتماعية التي يواجهها الطلاب مثل تناول المخدرات، والعنف في المدارس، وحمل المراهقات، والتسرب من الدراسة. كما تم التأكيد أيضاً على قضايا التنوع، حيث قام المرشدون النفسيون بصياغة أدوارهم ووظائفهم. هناك العديد من التحديات والفرص التي تواجه المرشدين النفسيون في مجال الإرشاد النفسي المدرسي في القرن الحادي والعشرين. أحد التحديات الرئيسية يرتبط بضمان الوظيفة للمرشدين النفسيون، والذي كانت تقوّضه العوامل الاقتصادية مثل التقليل من الموظفين، وتشغيل الموظفين لفترة من الوقت وذلك لتقديم الإرشاد النفسي المدرسي (Paisley & Broders ,1995). حركة الصحة النفسية القائمة على المدرسة مثال على كيفية استخدام المعونات الخارجية لجلب الناس من فروع معرفية مختلفة إلى مهنة المساعدة لتقديم خدمات الإرشاد النفسي في المدارس.

بعض المؤثرات الحديثة التي تعيد تشكيل مهنة الإرشاد النفسي المدرسي تشتمل على حركة الإصلاح المرتبطة بالإرشاد النفسي المدرسي التحويلي (Erford Et Al ,.2003)، والثقة التعليمية (الثقة التعليمية،1999). أيضاً تم البدء في إعادة تشكيل مهنة الإرشاد النفسي المدرسي. على سبيل المثال، يتم تشجيع المرشدون النفسيون على إنجاز شراكة بين المدرسة والمجتمع المحلي من أجل تقديم الخدمات الإرشادية.

هناك أيضاً تشاركية تتمثل في الشراكة بين المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي، والأخصائيين النفسيين، هذان التخصصان مرشحان بشكل جيد للشراكة، حيث أن لهما جذور في الإرشاد المهني والتنمية البشرية، ويعززان قدرات المسترشد في مناحي القصور لديه (Romano & Kachgal ,2004). يمكن أن يقدّم الأخصائيون النفسيون الإشراف والمهارات البحثية للشراكة بين المدرسة والمجتمع المحلي، وفي المقابل يمكن أن يتحقق لهم الإثراء من خلال الشراكة مع المرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي المدرسي من حيث توسيع هويتهم المهنية. يمكن قبول الاتجاه النمائي اللاوقائي في الإرشاد النفسي المدرسي كبديل للأخصائيين النفسيين، الذين رأوا تأكيداً حديثاً على العلاج في العمل الإكلينيكية (Kenny Et Al ,.2002). هذه الشراكة التي لم تستخدم بالقدر الكافي – بين الإرشاد النفسي المدرسي وعلم النفس الإرشادي تحتاج إلى مزيد من البحوث (Romano & Kagal ,2004). كما لعبت أيضاً الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي دوراً في إعادة تعريف الإرشاد النفسي المدرسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن برامج المعايير القومية للإرشاد النفسي المدرسي في الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي (Campbell & Bahir ,1997)، والنموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي (Asca,203,2005) يقدمان إطار عمل لتنمية وتطبيق برامج الإرشاد النفسي المدرسي. إن للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي (2004) ميثاقاً أخلاقياً. يقدّم خطوطاً إرشادية للممارسة المهنية المتخصصة.

أيضاً، إن للتشريع الفيدرالي (خصوصاً فيما يتعلق بالطلاب الاستثنائيين) والاعتبارات القانونية الأخرى تأثير رئيسي على التعليم، ودور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي في القرن الحادي والعشرين. على سبيل المثال، لابد أن يكون المرشدون النفسيون المدرسيون على وعي بالتشريعات مثل المادة 504 في قانون إعادة التأهيل وقانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات لضمان أن قضايا الصعوبة يتم وضعها في الاعتبار في العملية التعليمية، بما في ذلك الأسلوب الذي يُنظم به الطلاب. بالإضافة إلى ذلك، فإن القاعدة الخاصة لقانون المسؤولية والاحتمالية في التأمين الصحي يقدّم وقاية فيما يتعلق بأمان وسرية المعلومات الصحية التي يتم تحديدها لدى كل فرد. كما أن قانون التعليم للجميع (Nclb,2002) قد حقق معايير الإنجاز المدرسية للطلاب، وتوقعات التقدم خلال العام الدراسي، والإستراتيجيات للتغلب على معوقات التعلم.

بيان تعريف الدور والتعريف والمعايير والنموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي.

The Current Asca Role Statement , Definition, Standards , And National Model

قامت الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي بمراجعة بيان دورها في عام 1990 - التغيير الرئيسي تمثّل في غياب التمييز السابق في دور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي الذي يعمل في المدارس الابتدائية، والوسطى، والثانوية. بدلاً من ذلك، حدد البيان خمسة تدخلات تطبق على كل المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي لتعزيز الفهم الأكثر وضوحاً، والأكثر دقة عن دور ووظيفة المرشد النفسي المدرسي. التدخلات الخمسة المألوفة لكل المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي، والتي حُددت في البيان هي : الإرشاد الفردي، الإرشاد النفسي للمجموعات الصغيرة، والذي يضم من 5-8 طلاب، التوجيه للمجموعات الكبيرة، والذي يضم 9 طلاب أو أكثر مثل ما يحدث في حجرة الدراسة، الاستشارة، وتنسيق البرنامج الإرشادي. اعترفت النسخة المعدّلة من بيان الدور للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي بالنموذج النمائي الشامل للإرشاد النفسي والتوجيه وأيدته. ومن هذا المنظور، ينبغي على المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي تكييف المنهج الإرشادي للمستويات النمائية للطلاب أثناء تقدمهم خلال النظام التعليمي. إن هدف الإرشاد النفسي المدرسي هو تعزيز النمو الشخصي، والمهني، والاجتماعي، والتعليمي، بحيث يصبح الطلاب مسؤولين، ومنتجين . بالإضافة إلى ذلك، توصي الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي بأن النسبة بين المرشدين النفسيين والطلاب ينبغي أن تكون من 250:1، وأن المرشدين النفسيين في المدرسة ينبغي أن يقضوا 70% من وقتهم في تقديم الخدمات المباشرة للطلاب .(Lum,1999)

في عام 1997، تبنت الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي تعريفاً. جديداً للإرشاد النفسي المدرسي، وهو: "الإرشاد النفسي عملية مساعدة الناس من خلال معاونتهم في اتخاذ القرارات وتغيير السلوك، يعمل المرشدون النفسيون في المدرسة مع كل الطلاب. والهيئة المدرسية، والأسرة. وأعضاء

المجتمع المحلي، كجزء متمم للبرنامج التعليمي. تعزز برامج الإرشاد النفسي المدرسي النجاح المدرسي من خلال التركيز على الإنجاز الأكاديمي، وأنشطة الوقاية والتدخل، والتأييد، والتنمية المهنية، والاجتماعية / الوجدانية".

هذا التعريف للإرشاد النفسي المدرسي يتناغم مع الحركة النمائية الشاملة للإرشاد النفسي المدرسي، والتي ترتكز حول الوقاية وزيادة القدرة التعليمية لكل الطلاب إلى أقصى درجة ممكنة.

ساعد كامبل وداهير (1997) الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي في تحقيق المعايير القومية التي يمكن دمجها في البرنامج الشامل للإرشاد النفسي المدرسي من الروضة إلى الصف الثاني عشر. حددت المعايير القومية كفاءات الطالب في ثلاث مجالات عامة، وهي : التنمية الأكاديمية، والمهنية، والاجتماعية / الشخصية. هناك مثالاً على المعيار الاجتماعي / الشخصي، وهو "سوف يكتسب الطلاب الاتجاهات، المعرفة، والمهارات البينشخصية لمساعدة على فهم واحترام الذات والآخرين" (Compbell & Dahir ,1997.,P.17). تشير الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي إلى أن هذه المعايير القومية تُصاغ كمعايير للمحتوى لكل الطلاب (الأشياء التي ينبغي عليهم معرفتها وعملها في المدرسة).

حديثاً، أنجزت الجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي (2003,2005) النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي، والذي يقدّم إطار عمل لتنمية وتطبيق البرنامج الشامل للإرشاد النفسي المدرسي من الروضة إلى الصف الثاني عشر. النموذج القومي للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي المدرسي يقوم على عدد من المبادئ التي تتناغم مع نشوء الإرشاد النفسي المدرسي. فيما يلي نقدّم بعض هذه المبادئ:

- نموذج نمائي / وقائي في طبيعته.
- برنامج شامل من الروضة إلى الصف الثاني عشر.
- جزء متمم لرسالة المدرسة.

النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي يدمج مبادئ وتوصيات من المعايير القومية للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي (Campbell & Dahir,1997)، والثقة التعليمية (الثقة التعليمية،1999) والمبادرة التحويلية للإرشاد النفسي المدرسي (Erford Et Al .,2003, Ro-mano & Kachgal,2004). هناك أربع موضوعات ظهرت من النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرس، وهي: القيادة، والتأييد، والشراكة والفريق، والتغيير المنظومي. تجدر الإشارة إلى أن تطبيق هذه الموضوعات يعزز التحوّل في دور المرشد من التأكيد على الخدمات المباشرة لعدد محدود من الطلاب ذوي المشكلات الحادة إلى التغيير المنظومي الذي يعزز النواتج الإيجابية لكل الطلاب (مثلاً إلى ذلك، يتم تشجيع المرشدين النفسيين في المدرسة على الانخراط في القيادة،

والتأييد، والشراكة / الفريق لمخاطبة معوقات التعلم بحيث يستطيع كل الطلاب النجاح والاستفادة من البرنامج. على سبيل المثال، يتم تشجيع المرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي المدرسي على الشراكة مع الأخصائيين النفسيين لعمل برامج وقائية. كما يوصي أيضاً النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي بأن تقوم برامج الإرشاد النفسي المدرسي على أربعة عناصر رئيسية، وهي : التأسيس، ونظام التوصيل، ونظام الإدارة، والمسؤولية التربوية.

- التأسيس: "يحدد ما سوف يقوم به الطالب وما يعرفه" ((Asca,2003,P.22. ويقوم على المعايير القومية للإرشاد النفسي المدرسي ويصف الكفاءات الرئيسية التي يتم مخاطبتها في البرنامج.
- نظام التوصيل : يخاطب كيفية تطبيق البرنامج (Asca,2003,P.22) هذا النظام يستخدم أربعة أساليب للتوصيل : منهج التوجيه (الدروس النمائية المعروضة في غرفة الدراسة والأنشطة الجماعية)، خطط الطالب الفرد (تنسيق الأنشطة لمساعدة الطلاب في تحقيق الأهداف والخطط)، الخدمات المستجيبة (مخاطبة الحاجات الحالية للطلاب من خلال أنشطة مثل الإرشاد النفسي، والاستشارة، والإحالة)، ودعم النظم (الأنشطة التي تعزز البرنامج الكلي للإرشاد النفسي المدرسي مثل التنمية المهنية، والشراكة، والفريق، وإدارة البرنامج).
- نظام الإدارة: "يخاطب متى (تاريخ وخطة المسترشد)، ولماذا (استخدام البيانات)، وعلى مسؤولية من (موافقة الإدارة، والهيئة الاستشارية). سوف يتم تطبيق البرنامج" (Asca,2003,P.22).
- المسؤولية التربوية: نظام المسؤولية التربوية يجيب على السؤال التالي: كيف يتباين الطلاب نتيجة للبرنامج "(Asca,200,P.22). النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي هو روح العصر لمجال الإرشاد النفسي. فهو إطار العمل الذي يمكن أن تستخدمه المدارس لتنمية وتطبيق البرنامج الشامل للإرشاد النفسي المدرسي من الروضة إلى الصف الثاني عشر. وجد سكاربروف & كولبريت (2007) أن المرشدين النفسيين في المدرسة يفضلون الممارسة بأسلوب يتناغم مع النموذج الشمولي النمائي للإرشاد النفسي المدرسي من الروضة إلى الصف الثاني عشر، وكانوا أكثر نجاحاً عندما: اعتقدوا أن المهام تؤدى إلى نتائج معينة،، كان لديهم دعم تنظيمي ، التزموا بالنموذج القومي للإرشاد النفسي المدرسي، كانت لديهم خبرة كافية لتطبيق تدخلات الإرشاد النفسي المدرسي.

كما وجد سكاربروف وكولبريت (2007) أيضاً أن المرشدين النفسيين في المدرسة الابتدائية كانوا الأكثر نجاحاً في الممارسة بأسلوب يتناغم مع النموذج الشمولي للإرشاد النفسي المدرسي (المرشدون النفسيون في المدرسة الثانوية كانوا الأقل نجاحاً). يشير الباحثان إلى أن المرشدين النفسيين في المدرسة الابتدائية قد يكونوا أكثر نجاحاً لأنه هناك تأكيد على النموذج النمائي الشامل في المدارس الابتدائية أكثر من المدارس العليا. هناك حاجة إلى مزيد من البحوث عن النموذج القومي للجمعية

الأمـريكيـة للمرشـد النفسـي المدرسي، وذلك لتقييـم تأثيـره على تعـزيز كفـاءات الطالب والنجــاح التعليمي.

الدور والوظيفية بالمستوى الصفي والموقع

ROLE AND FUNCTION BY GRADE LEVEL AND SETTING

تقدّم الأدبيات معلومات وفيرة عن الأهداف والاستراتيجيات الخاصة للمرشدين النفسيين الذين يعملون مع الطلاب في المستويات المختلفة، والأماكن المتعددة. على سبيل المثال، قام هاردستي وديلارد (1994) بعمل دراسة مسحية على 369 مرشداً نفسياً من حيث الأنشطة التي يقومون بها في المدارس الابتدائية، والوسطى والثانوية. أظهرت نتائج الدراسة المسحية أن المرشدين النفسيين يؤكدون على التشاور مع المعلمين، والهيئة، والوالدين وينخرطون في برامج التوجيه للمجموعات الصغيرة والكبيرة - تلك البرامج ذات المنحى الوقائي (مثلاً : الوقاية من المخدرات). يوجّه المرشدون النفسيون في المدارس الوسطى جهودهم نحو العديد من المهام مثل الإرشاد الفردي، وحل الصراع، ووضع جدول لحصص الطلاب. أما أولويات المرشدين النفسيين في المدارس الثانوية، فتشتمل على المساعدة في القبول بالجامعة (بما في ذلك المساعدة في الدراسة والمساعدات المالية)، والإرشاد المهني، والجدولة، والمهام الإدارية الأخرى. فيما يلي نقدم معلومات معينة أخرى تتعلق بدور المرشد النفسي في المدارس الابتدائية، والوسطى، والثانوية.

الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية Elementary School Counseling

تشتمل المدرسة الابتدائية على تلاميذ من الروضة إلى الصف الخامس. يؤكد الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية على الوقاية (Muro,1981) . ومن هذا المنظور، يقضي المرشدون النفسيون مقداراً كبيراً من الوقت في التشاور مع المعلمين والوالدين لتعزيز الصحة النفسية للطفل، وفي أنشطة التوجيه الجماعي (مثل تنمية مفهوم الذات). حاولت العديد من الدراسات وصف دور، ووظيفة المرشدين النفسيين في المدرسة. ففي دراسة مسحية لعدد 130 مرشد نفسي بالمدرسة الابتدائية عن كيفية إدراكهم لدورهم الحالي، ودورهم المثالي - خلصت النتائج إلى ثلاث ملاحظات هامة (Morse & Russell,1988). أولاً، تم وضع ثلاثة من خمسة أدوار أساسية على أنها الأدوار الحقيقية والتي تنطوي على الاستشارة. ثانياً، هؤلاء المرشدون النفسيون رتّبوا وظيفة مساعدة المعلمين على فهم حاجات الطلاب أولاً على أنها الدور المثالي، ولكن أعطوها المرتبة الرابعة كوظيفة يقومون بها حالياً. ثالثاً، أربعة من الأدوار المثالية الخمسة أشارت إلى أن المرشدين النفسيين يريدون الانخراط أكثر في الإرشاد الجمعي، بما في ذلك أنشطة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية. تؤكد نتائج هذه الدراسة على أهمية حصول المرشدين النفسيين في المدرسة على المهارات في الاستشارة والإرشاد الجمعي.

وفي دراسة مسحية عن كيف يرى 313 معلماً دور، ووظيفة المرشد النفسي، تبين أن المعلمين يرون المرشدين النفسيين في المدرسة على أنهم يؤدون بشكل رئيسي دور المساعدة والمستشار (Ginter Et Al.,1940). يستلزم دور المساعدة أنشطة مثل الإرشاد الفردي، والجمعي، والتقييم، وتفسير الاختبارات، وإجراء أنشطة توجيهية. أما الدور الاستشاري، فينطوي على تقديم النصيحة الفنية والخبرة لهيئة المدرسة والوالدين. خلص الباحثان إلى أن هناك تناغم بين الكيفية التي يرى بها المعلمون والمرشدون النفسيون في المدرسة أدوارهم ووظيفتهم.

هناك دراسة مسحية أخرى أجريت على المعلمين، والمدراء، والوالدين لتحديد وجهات نظرهم عن دور، ووظيفة المرشدين النفسيين في المدرسة (Miller,1989). من المعتقد أن المرشدين النفسيين في المدرسة يقومون بـ28 وظيفة ترتبط بسته مهام: التوجيه النمائي أو المهني، الاستشارة، والتقييم والقياس، إعداد البرامج التوجيهية، والتنسيق والإدارة. أظهرت نتائج هذه الدراسة المسحية أن المعلمين، والمدراء، والوالدين يصادقون على هذه المهام الستة على أنها وظائف ذات صلة للمرشدين النفسيين في المدرسة. يعتقد الباحث أن الدراسة تقدم التأييد للنموذج النمائي للتوجيه والإرشاد النفسي للمدرسة الابتدائية، كل الدراسات التي نذكرها في هذا الجزء - مجتمعةً - تعترف بأهمية النموذج النمائي للإرشاد النفسي وضرورة أن ينمي المرشدون النفسيون في المدرسة الابتدائية المهارات في الخدمات المباشرة، مثل الإرشاد الجمعي. الملحوظة الشخصية التالية ترتبط بالسبب الذي جعلني أجد الإرشاد النفسي المدرسي مفيداً جداً.

ملحوظة شخصية

لقد كنت استمتع بالعمل كمرشد نفسي مدرسي، فقد أحببت تنوع الأنشطة، والتي تشتمل على العلاج النفسي باللعب، والإرشاد النفسي، الاستشارة، والعمل مع الوالدين. كما وجدت الأطفال ممتعين للعمل معهم لأنهم صرحاء، وتلقائيون، ويهتمون باستكشاف العالم من حولهم

عندما أعمل مع الأطفال، أشعر بالتفاؤل بأن تغيرات مستمرة وحقيقية يمكن أن تحدث. فلم تصبح مشكلاتهم بعد جزءاً لا يتجزأ من شخصيتهم. فأنا أعتقد اعتقاداً جازماً بأن الوقاية المبكرة يمكن أن تمنع مشكلات الأطفال من الوقوع وتنمو إلى اضطرابات نفسية رئيسية، ويمكن أن تمنعهم من التسرب المدرسي. لقد كنت على قناعة من أنه ينبغي استثمار ميزانية تعليمية وصحية في الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية. وعلى المدى البعيد، أعتقد أنه المنهج الأكثر فعالية.

الإرشاد النفسي في المدرسة الوسطى MIDDLE SCHOOL COUNSELING

ظاهرة المدرسة الوسطى حديثة نسبياً. هذا المستوى من التعليم المدرسي يقدم فرصاً تعليمية للطلاب عادة من الصف السادس إلى الصف الثامن. هذا المفهوم انبثق من النظام التعليمي، والذي ينطوي على الصفوف من 7-9، ويمثل محاولة لجمع التلاميذ معاً وهم ينتقلون من الطفولة إلى المراهقة.

تظهر الأدبيات أن دور، ووظيفة المرشد النفسي في المدرسة الوسطى يتم صياغتهما. هناك دراسة قارنت الدور المثالي للمرشدين النفسيين في المدرسة كما يدركه المرشدون النفسيون والمدراء- أظهرت النتائج وجود توافق بينهم (Bonebrake& Borgers ,1984). كلتا المجموعتين وضعا الإرشاد الفردي في المرتبة الأولى من حيث الأهمية. هناك مهام أخرى رُتبت في مرتبة عالية أيضاً، بما في ذلك: الاستشارة، تنسيق تقييم الطلاب، وتفسير الاختبارات وتقييم برامج التوجيه، وهذا يشير إلى أن الإرشاد النفسي في المدرسة الوسطى يشبه الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية من حيث التأكيد على الاستشارة والخدمات المباشرة، إلا أن أحد الفروق يتمثل في أن الإرشاد النفسي في المدرسة الوسطى يؤكد على الإرشاد الفردي ، بينما يؤكد الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية على أهمية الإرشاد الجمعي.

مهارات حل الصراع هامة لكل الطلاب. فيما يبدو أن طلاب المدرسة الوسطى تحديداً عرضة لمشكلات الصراع فيما بينهم، مثل ردود الفعل الغيورة داخل مجموعات الزملاء. يمكن استخدام استراتيجيات حل الصراع مع الأزواج، والمجموعات الصغيرة، أو غرفة الدراسة. يقدّم ديستجر (1993) أهدافاً لحل الصراع لطلاب المدرسة الوسطى، نلخصها فيما يأتي : الهدف الرئيسي يتمثل في محاولة المشاركين خلق خبرة تقوم على الفهم، وتقبل الآراء المخالفة، والعمل نحو الحل، وليس السعي لتحديد من هو على خطأ ومن هو على صواب. العملية الحقيقية لإدارة الصراع يمكن أن تشتمل على مهام مثل مساعدة الطلاب على (أ) فصل المشكلة عن الفرد (ب) تعزيز تحملهم للفروق الفردية (ج) خلق تبصرات في كيفية إفساد العلاقات (د) تعلم كيفية الاستجابة بحساسية للصراع بدلاً من التصرف بشكل غير مناسب (و) الوعي بالخيارات والاختيارات.

أحد الطرق التي يمكن استخدامها لحل الصراع في غرفة الدراسة هي طريقة داخل وخارج سلطانية السمك، وهي طريقة تقوم على منهج آدلر، وتحاول تعزيز التشجيع والاحترام المتبادل بين الطلاب (Nelson Et Al.,1995). تنطوي العملية على ميسّر يعمل مع مجموعة صغيرة من الطلاب في وقت محدد، وتركز على المناقشة موضوع ذي اهتمام، بينما يستمع بقية الطلاب، ويقدمون التغذية الراجعة في نهاية المناقشة. هذا المنهج يمكن أن يخلق فرصاً للحصول على اتجاه واسع من فهم وحل الصراع. كما هو الحال في كل العمل الجماعي، لابد من مخاطبة القضايا التي تتعلق بالسرية، والموافقة المعلنة.

الإرشاد النفسي في المدرسة الثانوية SECONDARY SCHOOL COUNSELING

يمكن أن تعود أصول الإرشاد النفسي في المدرسة الثانوية إلى حركة التوجيه المهني التي بدأت في عام 1900. منذ ذلك الوقت، حافظ الإرشاد النفسي في المدرسة الثانوية على هوية قريبة مع الإرشاد المهني والتوجيه المهني. أما دور، ووظيفة المرشد النفسي في المدرسة الثانوية، فتتمركز حول مساعدة

الطلاب في الانتقال من المدرسة العامة إلى التعليم ما بعد الثانوي، اكتساب التدريب المهني، والدخول إلى عالم العمل.

يميل المرشدون النفسيون في المدارس الثانوية إلى القيام بالعديد من المهام، بما في ذلك الوظائف الإدارية مثل المساعدة في البرامج التنظيمية. النتيجة كانت عدم وضوح الرسالة (Aubrey,1982)، " ويكم الدور "، وهذا قد أدى إلى إتلاف التصور المهني للمرشد النفسي المدرسي (Peer,1985). يقدم هوتشيتسون ورفاقه (1986) دليلاً على ظاهرة " بكم الدور " التي ذكرها بيير (1985) في دراسة قارنت بين الوظائف الفعلية والمثالية للمرشدين النفسيين في المدارس العليا. وفقاً لهذه الدراسة، يعتقد المرشدون النفسيون أن عليهم أن يقدموا الأنشطة الإرشادية التقليدية بشكل مثالي للإرشاد الجمعي والشخصي، والأكاديمي. ومع ذلك، في الممارسة الفعلية، تحتاج الجدولة إلى وقت أكثر من أي نشاط ماعدا الإرشاد الفردي. خلصت الدراسة إلى أن المرشدين النفسيين يقومون بالأنشطة اللا إرشادية على حساب الوظائف الأكثر أهمية مثل الإرشاد الجمعي، والتخطيط المهني والحياتي، والتوجيه الطلابي داخل حجرة الدراسة هذه الملاحظة أيدتها دراسة ذكرت أن التعيين الزمني للطلاب له أولوية على الوظائف الهامة التي تتعلق بتعزيز التوجيه النمائي والإرشاد النفسي (Tennyson Et .Al.,1989)

عندما ينخرط المرشدون النفسيون في المدرسة العليا في الخدمات الإرشادية المباشرة، فإنهم يكونون – في الغالب – غير قادرين على استثمار الوقت والجهد الضروريين – بسبب كثرة الطلاب والمتطلبات المتضاربة للدور. قام روي (1989) بدراسة مسحية عن نوع ودرجة الاشتراك لدى المرشدين النفسيين في المدرسة العليا مع طلاب المدرسة الثانوية. وجد روي أن المرشدين النفسيين كان لهم جلسات مع 80% من الطلاب الذين التحقوا بالجامعة. الهدف الرئيسي من تواصلهم كان المساعدة في التخطيط للجامعة. لسوء الحظ، عيّن المرشدون النفسيون جلستين فقط لكل طالب لمدة 15 دقيقة. تلقى الطلاب أكبر عدد من التواصل – تقريباً خمسه – فيما يتعلق بالتخطيط للجامعة من الوالدين والأصدقاء. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن المرشدين النفسيين في المدرسة الثانوية لا يقدمون معلومات كافية عن التخطيط للجامعة، على الرغم من أنها الموضع الرئيسي الذي يخاطبونه مع طلاب المدرسة الثانوية (Rowe,1989).

الإرشاد النفسي في المدارس القروية RURAL SCHOOL COUNSELING

يتباين دور ووظيفة الإرشاد النفسي المدرسي وفقاً للمستوى التعليمي، تبعاً للمواقع الريفية مقابل المواقع الحضرية. فالمرشدون القرويون لديهم مصادر إحالة قليلة، ولذلك يعتمدون على مواردهم الخاصة، ويصبحون كما يُقال "سبع صنايع" (Sutton & Southworth ,1990). وهذا يمكن أن يسهم في أن يمر المرشد النفسي القروي بضغوط ترتبط بالمهنة أكثر من المرشد النفسي المدرسي الريفي (Sutton & Southworth ,1990). وفي الوقت نفسه، يشعر المرشدون النفسيون القرويون بالحرية،

والقدرة، والتفاؤل، والسعادة أكثر من المرشدون النفسيون الريفيين (Sutton & Southworth ,1990). بالإضافة إلى ذلك، يميل المرشدون النفسيون في المدارس القروية إلى أن يكون لديهم علاقات إيجابية مع المدراء أكثر من المرشدين الريفيين، والتي قد تكون نتيجة للتواصل والاشتراك مع المدراء (Mcintire Et Al.,1990). يذكر ميبسنتاير ورفاقه (1990) أن 40% من المرشدين القرويين لا يعملون مع المرشدين النفسيين الآخرين، ولذا لابد أن ينمّوا نظم الدعم لديهم. كما يشيرون إلى أنه حتى يكون المرشدون النفسيون ناجحين في المواقع القروية، لابد أن يكونوا على وعي بالحاجات الخاصة والظروف الخاصة للمجتمع المحلي، أن يشتركوا بفعالية ونشاط في المجتمع المحلي.

حديثاً أجرى موريسيت (2000) بحثاً عن الإرشاد المدرسي القروي أيّد فيه بحوث ميسنتاير ورفاقه (1990)، وساتون وساوث وورث (1990). وجد موريسيت أن الإرشاد النفسي في المدارس القروية يتميز بالأتي :

- نقص الخصوصية الشخصية، لذا يحد من المساحة الشخصية والحرية الشخصية.
- الشعور بالعزلة: (مثلاً : وجود مرشدون آخرين يضيع معهم الهوية المهنية المميزة)
- قلة الموارد المحلية، التي تحتاج إلى مرشدين نفسيين في المدرسة للتعامل مع، ومعالجة المشكلات داخل المدرسة.
- استمرار العلاقات مع الطلاب، والتي تمكن المرشد النفسي في المدرسة من معرفة طلابه وأسرهم لفترة طويلة من الزمن.

يواجه الطلاب في المدارس القروية تحديات خاصة فيما يخص التعليم ما بعد الثانوي (Rubisch,1995). هناك ثلاث مشكلات متداخلة وهي : الإفراغ الأكاديمي، وتقدير الذات المنخفض، والتوقعات المهنية الضعيفة. فالإفراغ الأكاديمي ينطوي على مغادرة الطلاب اللامعين للمجتمع القروي حيث لا يعودون إليه مرة أخرى، وهذا يقلل من عدد نماذج الدور، والمشرفين المتاحين للطلاب الآخرين، وبالتالي يكون له تأثير عكسي على تقدير الذات والتوقعات المهنية. يمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في المدارس القروية دوراً حيوياً في تعزيز الطموحات المهنية للطلاب من خلال تعرضهم للبدائل التعليمية ما بعد الثانوية في المدرسة الوسطى، والثانوية، بما في ذلك الرحلات الميدانية للمعسكرات الجامعية (Rubisch,1995).

المهارات والمشكلات الخاصة SPECIAL SKILLS AND PROBLEMS

هذا الجزء يناقش المهارات والمشكلات الخاصة المرتبطة بالإرشاد النفسي المدرسي، وتشتمل على الاستشارة، وإرشاد الطلاب الاستثنائيين، وبعض المشكلات الخاصة التي يواجهها الطلاب مثل تعاطي المخدرات، وحمل المراهقات، وطلاق الوالدين، أو الوالد الواحد، والتسرب الدراسي.

الاستشارة Consultation

يعّرف داوفيرتي (1995) الاستشارة بأنها "عملية يقوم فيها متخصصون في الخدمة الإنسانية بمساعدة طالب الاستشارة في مشكلة تتعلق بالعمل في نظام المسترشد، بهدف مساعدة المستشير ونظام المسترشد بطريقة معينة (P.19). فالشخص المستشير يتباين وفقاً للموقف وقد يكون والداً أو معلماً يطلب المساعدة عن كيفية تقديم النظام الفعال للطفل، بحيث يستطيع الطفل أن يؤدي بشكل جيد في البيت أو المدرسة. فيما يلي نلخص المراحل الأربعة للاستشارة (Dougherty,1995) :

المرحلة الأولى: الدخول: تبدأ الاستشارة بأن يقوم المستشار ببناء علاقة مع المستشير، ويحدد طبيعة المشكلة و يصيغ العقد فيما يتعلق بطبيعة ومدى الأنشطة الاستشارية.

المرحلة الثانية: التشخيص: ينطوي التشخيص على تقييم المشكلة وتحديد الأهداف الممكنة.

المرحلة الثالثة: التطبيق: متى تم التشخيص، يمكن وضع خطة عمل، وتطبيقها وتقييمها.

المرحلة الرابعة: الانفكاك: عندما تتحقق الأهداف، فإن العمليات الاستشارية يمكن أن تسمح بالعملية الطبيعية للانفكاك، أو "إنهاء" الخدمات.

الاستشارة مع المعلمين مظهر متمم للإرشاد النفسي المدرسي

يحدد دافرتي (1995) أيضاً النماذج الثلاثة الآتية للاستشارة :

الاستشارة المنظماتية: تصيغ المشكلة وتوجّه التدخلات من منظور المنظماتية أو النظم.

استشارات الصحة النفسية: تصيغ المشكلة وتوجّه التدخلات بهدف تعزيز الصحة النفسية للأفراد داخل المنظمة.

الاستشارة السلوكية: تأخذ اتجاهاً سلوكياً (مثل نظرية التعلم الاجتماعي) من حيث صياغة المشكلة وتطبيق التدخلات.

هذه النماذج الثلاثة متداخلة، وكل الاستشارات - إلى حد بعيد تستخدم هذه الاتجاهات الثلاثة جميعاً (تركز على السلوكيات، والنظام الإجمالي لتعزيز الصحة النفسية) (Dougherty,1995).

الاستشارة المدرسية: تنطوي الاستشارة - وهي أحد الوظائف الرئيسية للمرشدين النفسيين في المدرسة - على تقديم المساعدة للمعلمين، والوالدين، والإدارة (Hall&Lin,1994). طوّر هول ولين نموذجاً تكاملياً للاستشارة المدرسية يقوم على النموذج رباعي المراحل لداوفرتي (1994) (الدخول، التشخيص، التطبيق، الانفكاك). هذان الباحثان يخاطبان بعض الاعتبارات الخاصة في الاستشارة المدرسية مثل الحيرة بتوقعات الدور، حيث يعرف المستشار والمستشير بعضهما البعض ويعملون في مبنى واحد (مثلاً: المستشار - المعلم، أو المستشار - الإدارة). في هذه الحالات، يوصيان بأن تكون التوقعات واضحة أثناء مرحلة الدخول في الاستشارة، وأن يتم استخدام التعاطف، والنقاء، والدقة لتيسير هذه العملية.

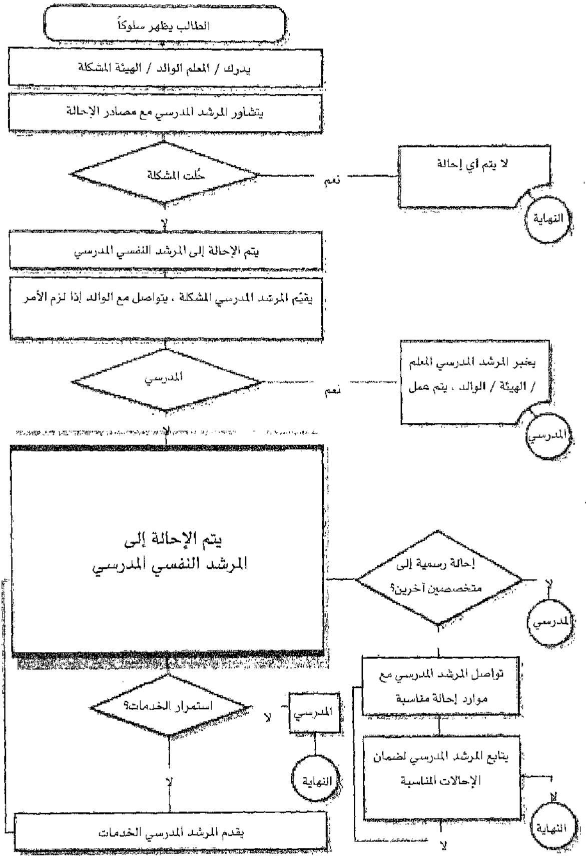
الملحوظة الشخصية التالية مثال على كيف يصيغ المرشد النفسي المدرسي الاستشارة في نموذجه لحل المشكلات.

ملحوظة شخصية

عندما كنت أقوم بتدريس منهج دراسي للإرشاد النفسي المدرسي، سألت زوجتي لورا (مرشد نفسي في المدرسة الابتدائية) إذا كان لديها أي مواد يمكن أن توضح ما يفعله المرشدون النفسيون في المدرسة. ابتسمت، وأعطتني خريطة تدفق، قامت مؤخرا بإعدادها، تصف ما يحدث عندما يُحال طفل إلى الخدمات الإرشادية. خريطة التدفق (كما هو واضح في الشكل (12)) تقدم وصفاً لكيفية مخاطبة المشكلات التي يعرضها الطلاب في مدرستها. كما أن خريطة التدفق هذه توصّل للهيئة والمعلمين والوالدين الإجراءات التي تستخدمها في عملية الإحالة. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الخريطة جزء مطلوب من برنامج المسؤولية التربوية لبالدريدج المعمول به في مدرستها (يُعرض على كل المعلمين/ الهيئة عمل خرائط تدفق تصوّر المهام التي يؤدونها).

قالت لورا أن خريطة التدفق هذه ليست مسودة عن الكيفية التي ينبغي على المرشد النفسي مخاطبة المشكلات من خلالها. كما ذكرت أيضاً أنها لم تطبق الخريطة بطريقة صارمة، ولكن يمكن أن تعدّلها لتخاطب القضايا الخاصة إذا لزم الأمر. بالإضافة إلى ذلك، توضح الخريطة دور الاستشارة في عملية الإرشاد النفسي المدرسي. فالاستشارة تشجع التواصل المستمر والمدخلات من المسؤولين وقد تكون خاصة في الإرشاد المدرسي لأنها تحدث في الغالب، وتتداخل مع المظاهر العديدة للعملية الإرشادية. كثير من الاستشارات تعتبر تفاعلات رسمية مثل " يدير مشكلة " بواسطة مرشد نفسي مدرسي من أجل مدخلات رسمية.

توضح خريطة التدفق أيضاً مظاهر أخرى في عملية الإرشاد المدرسي مثل الحصول على الموافقة المعلنة من الوالدين، وكيف أن الإحالة إلى متخصص قد تكون جزء من عملية حل المشكلة.



الشكل (12) خريطة التدفق للإحالة والاستشارة

الاستشارة هامة - تحديداً - في الإرشاد النفسي في المدرسة الابتدائية (Hall&Lin,1994). إن استخدام الاستشارة - إلى حد بعيد - في المدرسة الابتدائية يعود إلى العمل الرائد لدون دينكيماير وجون كارلسون، اللذان أوضحا كيفية استخدام مبادئ آدلر بفعالية في الاستشارة مع المعلمين، والإدارة، والوالدين (Dinkmeyer & Carlson,1973). فقد طوّر دنيكيماير (1971&1973) نموذجاً تشاركياً للاستشارة أطلق عليه مجموعة " C" ، والذي يمكن استخدامه مع مجموعات الوالدين والمعلمين، وصُمم لخلق قناة للتواصل لمناقشة قضايا مثل : كيف يتم التعامل مع سوء السلوك لدى الأطفال. هذا النموذج يُسمى مجموعة "C" لأن القوى التي تعمل ضمن هذا النموذج تبدأ جميعاً بحرف "C" في اللغة الإنجليزية، وهي Collaboration "التشاور"، Consultation "الاستشارة"، Clarification "التوضيح"، Confrontation "المواجهة"، Communication "التواصل"، Concern "المشكلات"، Caring "الرعاية "، Confidentiality "السرية"، Change "التغيير"، وCohesion "الترابط". هناك فرص أمام المرشدين النفسيين في المدارس لتقديم الخدمات الاستشارية عند كل مستويات المدارس العامة. يشير جريجز (1988) إلى أن المرشدين النفسيين في المدارس ينبغي أن يوسعوا من دورهم الاستشاري ليكونوا ميسّرين للتعلم. يذكر فيريز (1988) أن هناك حاجة إلى الاستشارة لتقديم بيئات تعليمية آمنة، ومستقرة، وإيجابية. تظهر نتائج الدراسة المسحية التي أجريت على المرشدين النفسيين في المدارس عن جدارة تعليم الوالدين كخدمة استشارية - دعماً واسعاً لتعليم الوالدين (Ritchie & Parting,1994). على الرغم من أن 84% من المرشدين النفسيين الذين شاركوا في الدراسة اعترفوا بالحاجة إلى الاستشارية الوالدية، إلا أن النصف فقط قدموا تدريباً، وكان لديهم الرغبة في تقديم هذه الخدمة. فيما يبدو أن هناك تحيّز جنسي، وتحيّز يتعلق بالمستوى الصفي، حيث أبدت مرشدات نفسيات في المدرسة الابتدائية الرغبة والتعبير عن الاهتمام والمشاركة في تعلم الوالدين. ربما يحتاج المرشدون النفسيون التربويون إلى التركيز أكثر على هذا الشكل من الاستشارة المدرسية.

الملحوظة الشخصية التالية تصف لماذا وجدتُ الاستشارة في المدارس مفيدة :

ملحوظة شخصية

أحد أهم الخبرات التي مررت بها عبر سنوات عمري تتمثل في الاستشارة مع المعلمين، والوالدين، والهيئة، بما في ذلك استخدام مفاهيم التربية الوالدية. من المثير حقاً رؤية هؤلاء الأفراد يكتسبون المهارات والثقة التي يمكنهم استخدامها في التغلب على المشكلات، وتعزيز خبرات حياتهم. إني أرى أن للاستشارة هدف في هذه العملية، أحاول مشاركة المعلومات والإستراتيجيات بأسلوب يمكن فهمه وتطبيقه بسهولة. أنا أبدأ بمشاركة الأدوات لفهم المشكلات (مثل : لماذا يسوء سلوك الأطفال) لأنني على يقين من أن الفهم ينبغي أن يكون شرطاً للتغيير. بالإضافة إلى ذلك، أنا على قناعة من أن الفهم يمكن أن يعزز الارتباط، والذي - بدوره - يمكن أن يؤدي إلى الرعاية والتعاطف بين الناس. والتعاطف والرعاية بين الناس أول خطوة هامة نحو التغلب على المشكلات.

من الممكن بعد ذلك استكشاف الأدوات لتحقيق التغيير في علاقتها بهموم المسترشد. وهذه - كما هو الحال في كل مراحل الاستشارة - ينبغي أن تكون عملية فردية بشكل كبير، نأخذ في الاعتبار قضايا

التنوع، والمنظور الظواهراتي للمسترشد. أعتقد أنه من أجل نجاح الاستشارة، لابد أن تكون شيئاً له معنى من حيث وجهة نظر المسترشد عن نفسه وعن العالم من حوله، ويمكن دمجها في الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد. إن من نتائج الاستشارة إذاً أن يحقق المسترشد حالة عالية من فعالية الذات، فيما يتعلق بنمو المهارات وحل المشكلات

إرشاد الطلاب الاستثنائيين Counseling Exceptional Students

يقّدر جلين (1998) أن ما بين 10-12% (40-50مليون) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة لديهم استثناءات معترف بها، وواضحة. القضايا التي ترتبط بإرشاد الطلاب الاستثنائيين لها تأثير على الإرشاد النفسي المدرسي. يمكن تعريف الطالب الاستثنائي على أنه الفرد الذي تنحرف حالته السلوكية والجسمية عن الطبيعي بأسلوب يحتاج إلى خدمات خاصة للوفاء بالاحتياجات الفردية (Hardman Et Al.,2002). فيما يلي استعراض للقوانين التشريعية والخطوط الإرشادية التي تتعلق بالإرشاد النفسي للطلاب الاستثنائيين.

القوانين التشريعية: هناك العديد من القوانين الفيدرالية التي تتعامل مع تعريف وتعليم الطلاب الاستثنائيين. يشتمل التشريع الرئيسي على القانون العام 94-142، قانون الأمريكان وذوي الصعوبات، القسم 504 من قانون التأهيل، وقانون تعليم الأفراد ذوي الصعوبات، وسوف نعرض لها جميعاً فيما يلي :

إن إقرار قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين (القانون العام 94-104) في عام 1975، وقانون الأمريكان ذوي الصعوبات (القانون العام 306-101) كان لهما التأثير الرئيسي على الإصلاح التعليمي والإرشاد النفسي المدرسي. فقد قام القانون العام 94-142 بإعالة التعليم العام داخل بيئة أقل تقييداً لكل الطلاب ذوي الصعوبات. لقد كان لهذا القانون تأثير دراماتيكي على دور المرشد النفسي (Cole,1988). في العديد من المدارس أصبح المرشد النفسي هو مدير الحالة للطلاب الاستثنائيين، وهو الدور الذي يحتاج إلى أن يكّرس المرشد النفسي كثيراً من الوقت لأنشطة التنسيق مثل معالجة الأعمال الورقية، حضور الندوات، ووضع الطلاب (Cole,1988). كما أصبح المرشدون النفسيون أكثر اندماجاً في تقديم الخدمات الإرشادية للطلاب ذوي الصعوبات وأسرهم.

إن هدف قانون الأمريكان ذوي الصعوبات هو ضمان حماية الحقوق المدنية للأفراد ذوي الصعوبات (Helwig & Holicky ,1994). هذا التشريع يمنع التمييز في التوظيف، والخدمات العامة (بما في التعليم)، والنقل، والاتصالات اللاسلكية (Parette & Hourcode ,1995) . يذكر باريت وأوركيد (1995) أن هناك عوائق جسمية، وسياسية، وإجرائية يمكن أن تسهم في التمييز ضد الأفراد ذوي الصعوبات. ويشتمل هذا على حق الوصول العادل لكل الأماكن العامة.

أيضاً كان للمادة 504، وتشريع قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات تأثير رئيسي على الإصلاح التعليمي. هذه القوانين قامت بإعادة تعريف السياسات والإجراءات التعليمية، وبالتالي خلقوا فرصاً

وتحديات للتربويين. في عام 1990، أعاد القانون العام 94-104 تسمية قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات. تشريع قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات يتم تحديثه كل 3-5 سنوات، ويغطي الإجراءات والسياسات التي تتعلق بالقياس، والتموضع والتعليم، وتنظيم الطلاب ذوي الصعوبات. يتم استخدام الخطوط الإرشادية لقانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات لتأهيل الطلاب لخدمات التربية الخاصة المتعلقة بصعوباتهم الجسمية، والعقلية الوجدانية. متى وضع الطلاب في خدمات التربية الخاصة، يتم تطوير برامج التربية الفردية وفقاً لحاجاتهم الخاصة. كما يضمن تشريع قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات أن الإجراءات التنظيمية تأخذ في الاعتبار صعوبات الطلاب، وتجنب عقاب الطلاب على سوء سلوكهم الناتج عن الصعوبة. لابد أن تحاول المدارس في البداية تكييف برامج التربية الفردية للطلاب - متى كان ذلك ممكناً - وذلك من أجل علاج المشكلات المرتبطة بسوء السلوك.

تقدم المادة 504 من قانون التأهيل لسنة 1973 مساعدة أخرى للطلاب ذوي الصعوبات. الطلاب الذين لا تنطبق عليهم المعايير التامة للصعوبات وفقاً لقانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات ربما يعتبروا من ذوي الصعوبات إذا كانت لديهم اضطرابات عقلية أو جسمية تحدّ - بشكل كبير - من قدرتهم على التعلم والأداء في المدرسة. هؤلاء الطلاب لا يُصنفوا على أنهم من طلاب التربية الخاصة. من أمثلة 504 صعوبة الحالات الطبية مثل الذراع المكسور، أو الإصابة بفيروس الكبد الوبائي الموجب سي، وتشتمل على الطلاب الذين لديهم اضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه، ولكنهم غير مؤهلين للتربية الخاصة لذوي الصعوبات، على سبيل المثال، الطالب الذي كسرت قدمه يمكن أن يُعطى وقتاً إضافياً للوصول إلى حجرة الدراسة أو الدرس. وتشتمل تعديلات 504 الأخرى والاعتبارات الخاصة - على الوصول الجسمي للخدمات المدرسية، وأفراد البرنامج التعليمي، والتقييم المستمر، وإعادة التقييم كشرط قبلي للتموضع التعليمي. كما هو الحال مع قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات، فإن 504 يتطلب عملاً تنظيمياً ليضع في الاعتبار صعوبات الطلاب. على سبيل المثال، الأعمال التنظيمية المألوفة مثل الإرجاء قد لا تكون مناسبة إذا كان سوء سلوك التلميذ نتيجة للصعوبة.

يمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في المدرسة دوراً هاماً في الإصلاح من خلال ضمان أن الخطوط الإرشادية الفيدرالية تطبق بأسلوب يحدّ من القدرة التعليمية لكل الطلاب ذوي الصعوبات، وتشريع 504 يقدمان فرصاً وتحديات. تنشأ الفرص من تحقيق السياسات والإجراءات التي تشجع على اعتبار قضايا التنوع المرتبطة بالصعوبات. إن المحاولات لإفراد البرامج التعليمية تساعد في تحديد الحاجات الخاصة والظروف التي يمكن أن تقوّض عملية التعلم. إن فردية القوانين والسياسات من الممكن أن تكون عملية مرهقة للتربويين. تشتمل التحديات الخاصة على القيود التشريعية للنظام، والتي من الممكن أن تفوق محاولات تقليل العنف والعدوان. يمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في المدرسة دوراً هاماً في الإصلاح التعليمي من خلال ضمان أن الخطوط الإرشادية الفيدرالية تُطبّق بأسلوب يزيد من القدرة التعليمية لكل الطلاب ذوي الصعوبات.

قد يرغب المرشدون النفسيون في المدرسة بأن يأخذوا دور القيادة فيما يخص القوانين التشريعية البارزة مثل قسم 504، وقانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات. إن التطبيق المناسب لهذه القوانين يعتبر ذو أولوية عالية في المدارس لضمان الانتشار المناسب للميزانية الفيدرالية، ولتجنب القضايا القانونية المستهلكة للوقت، وتشجيع الفرص التعليمية للطلاب. من التشريعات الأخرى التي لها تأثير على المدارس العامة قانون التعليم لكل الأطفال عام2001 (Nclb,2002). فقد كان لهذا القانون تأثير رئيسي على كيفية إدارة المدارس من خلال تأكيده على المسؤولية التربوية في الإنجاز التعليمي. هذا القانون يراقب التقدم نحو الأهداف التربوية لكل الطلاب. بما فيهم الطلاب ذوي الاستثناءات، ومن ثم فإنه يخلق تحديات للتربويين الذين يعملون مع الطلاب ذوي الحاجات الخاصة.

إن تطبيق الأمور الشرعية الفيدرالية المختلفة عملية معقدة للغاية وتحتاج إلى العديد من مهارات اتخاذ القرارات التي تتعلق بالقوانين والأخلاقيات. يمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في المدارس دوراً في تيسير البرامج مثل قانون التعليم لكل الأطفال، والمادة 504 لضمان حصول كل الطلاب (بغض النظر عن الصعوبة) على الفرص التعليمية المتساوية.

الخطوط الإرشادية لإرشاد الطلاب الاستثنائيين : ينبغي أن يكون المرشدون النفسيون في المدارس على دراية بالحاجات والخدمات المرتبطة بالأنواع المختلفة من الصعوبات (Helwig & Holicky 1994.)، ولذا يكونوا على وعي بالقضايا الخاصة المرتبطة بإرشاد الطلاب الاستثنائيين. ربما الخط الإرشادي الرئيسي هو فهم أن هؤلاء الأفراد متشابهون مع الأفراد العاديين أكثر من كونهم مختلفين. (Mcdowell Et Al.,1979).

لذا، ينبغي معاملة الطلاب الاستثنائيين كأفراد متفردين أولاً، وأفراد ذوي احتياجات خاصة ثانية. هذا الاتجاه يمكن أن يساعد المرشدين النفسيين في أن يكونوا حساسين للفروق الفردية ويتجنبون المسترشدون النمطيين. الخط الإرشادي الثاني هو الوعي بالمشكلات الشائعة التي يواجهها الطلاب الاستثنائيون. غالباً ما يفتقد الطلاب الاستثنائيون إلى المهارات الاجتماعية، ولديهم مشكلات في العلاقات البينشخصية (Ciechaliski & Schmidt,1995). الطلاب الاستثنائيون ذوو الشذوذ الجسمي قد يكونوا عرضة للصعوبات بين الشخصية (Goldberg,1974). إن للتدريب على المهارات الاجتماعية تأثيراً إيجابياً على علاقاتهم، ويمكن تعزيز الفوائد من خلال الاشتراك مع الطلاب العاديين (Ciechaliski & Schmidt,1995). أيضاً، يميل الطلاب ذوو الاستثناءات إلى أن تكون لديهم مشكلات في مفهوم الذات، وصورة الجسد، والإحباط، والاعتمادية (Rotatori Et Al.,1986).

يميل الطلاب ذوو الصعوبات إلى المعاناة من مشكلات مفهوم الذات نتيجة لتاريخ من الإحباط والفشل (Bello,1989). خبرات الفشل هذه يمكن أن تسهم في المعتقدات اللاعقلانية مثل "لست قادراً على أداء الأعمال المدرسية"، "الناس يعتقدون أني غبي"، و "لكي أكون ناجحاً، لابد أن يكون أدائي مماثلاً لأداء الأفراد غير المعاقين أو العاديين" (Bello,1989). لذا، من الممكن أن تلعب المناهج المعرفية دوراً رئيسياً في مساعدة الطلاب في التغلب على توجّه الفشل وتحسين مفهوم الذات (Bel-lo,1989).

يميل آباء الطلاب ذو الشذوذ الجسمي إلى منعهم من استكشاف جسدهم، وهذا يسهم في الشعور بالرفض (Mcdowell Et Al,1979). لذا، يوصى روتاتوري ورفاقه (1986) بأن هؤلاء الطلاب يُشجعوا على استكشاف جسدهم وتقبل الإعاقة. كما يريا أن الطلاب الاستثنائيين يمكن أن يُصابوا بالإحباط عندما يشعرون بعدم قدرتهم على أن يكونوا على مستوى التوقعات، مما يقوّض ثقتهم بأنفسهم. أن الإحباط يمكن أن يؤدي إلى المشكلات السلوكية مثل العدوانية (Talkington & Riley,1971)، والسخرية والتهكم (Mcdowell Et Al,1979)، والعناد (Clarizio & Mccoy ,1983). يمكن أن تُوجّه الإستراتيجيات الإرشادية نحو حل الإحباط من خلال تقديم وسيلة للتنفيس عن الوجدانيات السالبة، وتعزيز مهارات الكفاءة التي تمنع الإحباط (Rotatori Et Al.,1986).

من الطبيعي للوالدين والمعلمين تعزيز الاعتمادية لدى الطالب الاستثنائي، لأنهم يعتقدون بأنه غير قادر على الأداء بشكل مستقل. الطلاب ذوو فرط الاعتماد يمكن أن تعوزهم الدافعية، أن يمروا بخبرة الصعوبات الأكاديمية. ومن الممكن أيضاً أن يتأثروا - بسهولة - بضغوط الزملاء (الأقران) للانخراط في السلوك غير المناسب (Rotatori Et Al.,1986). ينبغي أن تُوجّه الإستراتيجيات الإرشادية نحو مساعدة هؤلاء الطلاب في الشعور بالقدرة، وزيادة ثقتهم بأنفسهم، وتعزيز الاعتماد على الذات.

أما الخط الإرشادي الثالث لإرشاد الطلاب الاستثنائيين فهو الوعي بالحاجات الخاصة والإستراتيجيات الإرشادية المرتبطة بالأنواع المتعددة من الاستثناءات. على سبيل المثال، يميل الطلاب المتخلفون عقلياً إلى المرور بخبرة المشكلات الوجدانية والاجتماعية التي يمكن أن ترتبط بالسلوك الصارم، وقد أثبت العلاج النفسي السلوكي أنه فعال مع هؤلاء الأفراد في تدريس مهارات المساعدة الذاتية، وتعزيز المهارات الاجتماعية، وإزالة السلوك غير المناسب. جدول (27)، يدمج معلومات من روتاتوري ورفاقه (1986)، وباريتي وأوركيد (1995) لوصف الحاجات الخاصة، والأهداف الإرشادية، والإستراتيجيات الإرشادية ذات الصلة لتسع فئات من الاستثناءات :

جدول (27) إرشاد الأطفال الاستثنائيين

الاضطراب	الحاجات الخاصة أو المشكلات	الأهداف الإرشادية	الإستراتيجيات الإرشادية
الطلاب المتخلفون عقلياً (Litton,1986 , Parette & Hourcade ,199).	حدوث متكرر للمشكلات الوجدانية والاجتماعية نتيجة للسلوك الصارم، خبرات حياتية محدودة، مشكلات في استقبال، وإدراك المواقف الشخصية والاجتماعية	تحسين التكيف الاجتماعي، تعزيز مهارات المساعدة الذاتية، زيادة الوعي بالذات والآخرين، المساعدة في تعزيز وتنمية مهارات العلاقات البينشخصية، تعزيز التصور الإيجابي عن الذات	العلاج السلوكي لتعليم مهارات المساعدة الذاتية، تعزيز المهارات الاجتماعية، إزالة السلوك غير المناسب. كن واضحاً، ودقيقاً عند التواصل، حدد عدد التوجيهات، وصِل الاحترام، قدّم تغذية راجعة إيجابية متى كان ذلك ممكناً
الطلاب ذوو صعوبات التعليم (Gerber,1986)	مفهوم ذات ضعيف، وتقدير ذات منخفض، الميل للرفض من قبل الزملاء، نقص مهارات التقدير الذاتي، الخوف من الفشل، قلق الاختبار، قلة الدافعية.	تعزيز تقدير الذات، ومفهوم الذات، تعزيز المهارات الاجتماعية الفعالة، المساعدة في التغلب على الخوف من الفشل، تعزيز الاتجاه الإيجابي نحو العملية التعليمية.	برامج مفهوم الذات، التدريب على العلاقات البينشخصية، المناهج المعرفية السلوكية للتغلب على الخوف من الفشل
الطلاب ذوو الاضطراب السلوكي البسيط Raiche Et Al,1986 , Parette & Hourcode ,1995)	مشكلات في التحكم في الاندفاع، العدوانية،و الانحراف، مشكلات وجدانية، النشاط الزائد، مشكلات أكاديمية.	زيادة تحمل الإحباط وكبح الذات، المساعدة في التغلب على الصعوبات الأكاديمية، تحسين مهارات العلاقات البينشخصية.	الأساليب المعرفية – السلوكية لتعليم التحكم في الغضب، العلاج باللعب والإرشاد الجمعي للمساعدة في المشكلات الوجدانية – الاجتماعية، التدريب على العلاقات البينشخصية لتعزيز المهارات الاجتماعية، عندما يسوء سلوك التلميذ، لا تبالغ في الرد. أيضاً أسأل أسئلة مباشرة ودقيقة.

الطلاب ذوو إضطراب الكلام - أو اللغة (Kelly & Rotatori ,1986)	مشكلات بينشخصية نتيجة الإقصاء، والحماية الزائدة، والسخرية، والصعوبات التعليمية، مشكلات تقدير الذات، القلق	المساعدة في تنمية آليات المواجهة للتعامل بفعالية مع التعليقات السلبية للزملاء، المساعدة في توسيع وتكييف مهارات التواصل للعديد من المواقع، تحسين مهارات العلاقات البينشخصية، تعزيز مفهوم الذات، وتقدير الذات، والتغلب على المشكلة التعليمية.	المناهج المعرفية - السلوكية للتعامل بفعالية مع التعليقات، برامج مفهوم الذات، وتنمية التواصل في المجموعات الصغيرة.
الطلاب ذوو الاضطراب السمعي (Sisterhen & Rotatori ,1986 . Parette & Hourcode ,.1995)	الصعوبات اللغوية بما في ذلك مشكلات النطق وجودة الصوت، المفردات، المعاني، والنحو، المشكلات الاجتماعية الوجدانية مثل العزلة الاجتماعية، عدم النضج الوجداني، المشكلات السلوكية، صعوبة في العلاقات البينشخصية، مشكلات الهوية.	المساعدة في تشكيل الهوية، التشجيع على الاستقلالية، المساعدة في تنمية المهارات الاجتماعية المناسبة (مثل: الحد من الميول لظهور العدواني الجسمي)	استراتيجيات الإرشاد السلوكي التي تدمج النمذجة الاجتماعية (خصوصاً الفعالة نظراً لأن الصم يميلون إلى أتباع أمثلة وضعها الآخرون)، برامج التوجيه التي تركز على تنمية مفهوم الذات لتعزيز تشكيل الهوية "، التحدث المباشر للطلاب وانظر إلى الطالب ليعرف أن حديثك موجّه إليه. أيضاً تكلم ببطء، وبوضوح، وأكد على التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والإشارات.
الطلاب ذوو الاضطراب البصري (Heinze & Ro- tator,1986) i	ثقة ضعيفة بالنفس، مفهوم ذات منخفض، النقد الذاتي، العزلة الاجتماعية.	زيادة الثقة بالنفس، تحسين صورة الذات، الحد من الميول نحو النقد الذاتي والعزلة الاجتماعية	التدريب على التوكيدية للمساعدة في زيادة الثقة بالنفس، المناهج المعرفية - السلوكية للحد من الميول نحو النقد الذاتي، التدريب على العلاقات بين الشخصية لزيادة الاهتمام الاجتماعي. قدّم نفسك

			قبل الحديث، وألمح إلى التلميذ عندما تكون المناقشة على وشك الانتهاء، وأنت على وشك مغادرة المكان. قدّم المساعدة إذا شعر التلميذ بالحيرة، قدّم المساعدة إذا لزم الأمر. التي تشبع حاجات التلميذ
الطلاب ذوو الإعاقات الجسمية (Griffinet Et Al.,1986 ; Patette & Hourcode ,1995)	تتباين المشكلات وفقاً للإعاقة ونوعها: البعض يحتاج إلى المساعدة في الوظائف الأساسية مثل الأكل، النظافة الشخصية، والحركة، والبعض الآخر يحتاج إلى مساعدة في تحقيق علاقات المودة (بما في ذلك الجنس) أو التعامل مع السخرية	المساعدة في تحديد القدرات الشخصية للتغلب على الإعاقات الجسمية، شجع التلاميذ على الاشتراك في الدفاع عن الذات لتعزيز الشعور بالضبط الذاتي في حياتهم	الإرشاد الآدلري للمساعدة في تحديد القدرات للتغلب على مناحي الضعف، المناهج الوجودية للمساعدة في اكتشاف المعنى الشخصي في الحياة، التربية الجنسية، والعلاج الجنسي، للتعامل مع القضايا الجنسية. اجلس عندما تتحدث مع شخص في كرسي متحرك وتواصل عينياً معه (بمعنى، تجنب الحديث إليه باستخفاف)
الطلاب ذوو اضطرابات الصحة (Griffin Et Al , 1986)	المشكلات الصحية مثل سرطان الدم، السكر، الذبحة الصدرية، والتي يمكن أن تتداخل مع الأداء الأكاديمي أو التنمية النفسية	التخفيف من القلق، والاكتئاب، وعدم الراحة الجسمية، زيادة الأداء الجسمي لأقصى درجة المساعدة في الصعوبات الأكاديمية	الاستراتيجيات السلوكية - المعرفية للقلق والاكتئاب، أساليب إدارة الضغوط والبرامج التدريبية لزيادة الأداء الجسمي، العلاج الأسري للمساعدة في العوامل الأسرية المرتبطة بالفرد المريض مرضاً خطيراً.
الطلاب الموهوبون (Kaufmann Et Al.,1986)	صعوبات في العلاقة مع الزملاء نظراً لعزلته على أنه " مخ المجموعة ".	زيادة الوعي بالذات والآخرين، تعزيز مهارات حل المشكلات، واتخاذ	التموضع المناسبة في حجرة الدراسة لضمان التحدي الأكاديمي الكافي، الإرشاد المهني (بما في

	نقص الدافعية والإنجاز عندما يتم تحديه	القرارات، وتوضيح القيم والطموحات الشخصية، زيادة القدرة العقلية.	ذلك استخدام المراقب) التشجيع على تتبع الأهداف والطموحات الشخصية، الإرشاد الشخصي لزيادة الوعي بالذات في علاقتها بالآخرين.
الأطفال المُساء معاملتهم (Kennell & Rotatori ،1986).	تعدد المشكلات مثل الاعتمادية، والغضب، والاكتئاب، والقلق، واللوم الذاتي، وتقدير الذات المنخفض، والعلاقات البينشخصية، والمشكلات التعليمية	تحسين صورة الذات، تعزيز مهارات العلاقات البينشخصية الموجبة، المساعدة في التحكم في الغضب، والتخفيف من القلق والاكتئاب، المساعدة في التغلب على الصعوبات التعليمية.	الاستراتيجيات الإرشادية التي تركز على مساعدة التلاميذ في إدراك أنهم غير مسؤولين عما حدث، أن الإساءة خطأ، وأنها سوف تتوقف، برامج تنمية مفهوم الذات، المداخل السلوكية – المعرفية لتعزيز التحكم في الغضب، والتخفيف من الإكتئاب.

المصدر: Rotatori Et Al .(1986) Counseling Exceptional Students Springer Science And Business Media.

الملحوظة الشخصية التالية تصف كيف يمكن استخدام العلاج النفسي بالحيوانات الأليفة مع الطلاب الاستثنائيين

ملحوظة شخصية

لقد وجدت أن العلاج النفسي بالحيوانات الأليفة أداة ممتازة للعمل مع المسترشدون من كل الأعمار، خصوصاً مع الطلاب الاستثنائيين. ينطوي العلاج بالحيوانات الأليفة على استخدام حيوانات مثل القطط، والطيور، والأسماك، والخيل لمساعدة الأفراد في التغلب على الأنواع المتعددة من المشكلات الجسمية والوجدانية ؛ في البداية، تعلمت العلاج بالحيوانات الأليفة من الدكتور هيرمان سولك، وهو أخ للدكتور جوناس سولك، الشخص الذي ابتكر لقاح شلل الأطفال. التقيت مع هيرمان عندما كنت أعمل في نافاجو. لقد كان هيرمان طبيباً بيطرياً، وكان يستخدم العلاج بالحيوانات الأليفة في أماكن عديدة. لقد أدهشني عشقه للحيوانات، وطريقته في استخدام العلاج النفسي بالحيوانات في التغلب على عوائق التواصل، وتعزيز العلاقات الإيجابية، وتعزيز الاهتمام الاجتماعي. مع مرور السنين، استخدمت العلاج النفسي بالحيوانات الأليفة في مدى واسع من الأماكن – في مدارس الرياض، وفي المدارس، وعيادات الصحة النفسية، والمستشفيات. لقد أظهرت بحوثي عن العلاج بالحيوانات الأليفة أنه يمكن استخدامه للمساعدة في تعزيز الصحة النفسية والجسمية (Nystul Et Al .,1992). على سبيل المثال، المرضى الذين يتم علاجهم في المستشفى كان يتم شفاؤهم سريعاً، ومعدلات البقاء على

قيد الحياة بنيهم مرتفعة إذا كان لدى كل منهم حيوان أليف في البيت يذهب إليه. كما استخدم أيضاً العلاج النفسي بالحيوانات الأليفة لمساعدة الأفراد في التغلب على الخجل، والمساعدة بالثقة بالنفس، وتقديم وسيلة للعمل خلال الاضطرابات الوجدانية.

فيما يبدو أن العلاج النفسي بالحيوانات الأليفة مفيد - على وجه الخصوص - في إرشاد الطلاب الاستثنائيين. كما أن الحيوانات الأليفة يمكن أن تكون مفيدة مع الطلاب ذوي الاضطرابات الوجدانية. على سبيل المثال، أن رعاية حيوان أليف يمكن أن يساعد الطالي في التغلب على المشكلات في إدارة الغضب. قد يحضر المرشدون النفسيون أيضاً حيواناً أليفاً في الجلسة الإرشادية للتغلب على المقاومة وتعزيز العلاقة الإرشادية. هناك صديقة لي اعتادت على إحضار ببغاء للعمل معها، فقد كان الببغاء ودوداً، وكان يتحدث إلى المسترشدون. لك أن تتخيل أنها كانت ذات سمعة طيبة، وكان يحضر إلى عيادتها العديد من الطلاب. من الطبيعي أن تكون لدى بعض المدارس سياسات تمنع إحضار حيوانات إلى المدرسة.

ذات مرة، كنت أعالج طالبة حاولت الانتحار بعد موافقة والديها، جعلتها تقتني حيواناً أليفاً. كما شرحت للطالبة أن بإمكانها إنقاذ حياة بدلاً من أن تأخذ حياة. فيما يبدو أن هذا قد جعل للحياة معنى، واختفى التفكير في الانتحار. لقد أدهشني التأثير القوي للحيوانات الأليفة على الناس. أنا أشجعك على أن تستكشف هذا البُعد المثير للعملية الإرشادية.

المشكلات الخاصة Special Problems

ليس على الطلاب أن يكونوا استثنائيين حتى يواجهوا المشكلات في المدارس - فالكل يواجه مشكلات وتحديات متنوعة - بشكل متزايد - أثناء تقدمهم خلال سنوات الدراسة. حدد ماكويرتر ورفاقه (1994) خمسة كفاءات تبدأ بحرف "C" ترتبط بالأداء الجيد للطلاب في الحياة، وهي : الكفاءات المدرسية الحاسمة (بما في ذلك المهارات الأكاديمية الأساسية)، مفهوم الذات وتقدير الذات، مهارات التواصل، مهارات المجابهة، والشعور بالضبط أو السيطرة. الطلاب الذين يفتقدون إلى هذه الخصال معرضون بشكل كبير إلى سلوكيات إلحاق الأذى بالذات مثل العنف المدرسي، وتناول المخدرات، وحمل المراهقات، والتسرب الدراسي (Mcwhirter Et Al .,1994) . فيما يأتي نقدم استعراضاً لهذه المشكلات والتحديات، وغيرها أيضاً :

العنف المدرسي: ينطوي العنف المدرسي على المشاجرة، الإستقواء، وإطلاق الرصاص، وكلها أفعال باتت الآن في تزايد مستمر. ففي دراسة مسحية على نطاق الدولة أجريت عام 2000 على 15.000 طالب أثبتت أن 37% من طلاب المدرسة الوسطى (الذكور)، 43% من طلاب المرحلة الثانوية (الذكور) كان لديهم اعتقاد بأنه ليس من الخطأ ضرب أو تهديد شخص يغضبني " (معهد جوسيفسون للأخلاقيات، (2000).

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسة المسحية أن 75% من الطلاب الذكور و68% من الإناث قد مروا بخبرة ضرب شخص أغضبهم. ربما الحقيقة الأهم هي أن 11% من طلاب المدرسة الوسطى، و14% من طلاب المدرسة الثانوية قد اصطحبوا معهم سلاحاً إلى المدرسة في العام الماضي، و31%

من ذكور المدرسة الوسطى، و60% من ذكور المدرسة الثانوية أن بإمكانهم إحضار بندقية إذا أرادوا ذلك. مع تكرار حدوث العدوان والعنف - بنسبة عاليه - في المدارس، ليس بمستغرب أن 39 ٪ من طلاب المدرسة الوسطى، و36% من طلاب المدرسة الثانوية يعلنون عن أنهم لا يشعرون بالأمان في المدرسة.

يُعتقد أن هناك عدد من العوامل التي تسهم في العنف المدرسي. على سبيل المثال، يؤكد بوبكين (2000) على دور الأعلام والتلفزيون، الموسيقى، ألعاب الفيديو، والانترنت، في تعزيز العنف لدى الشباب، مدعياً أن ما يزيد عن 15% من العنف يمكن أن يرتبط مباشرة بالعنف في الإعلام. من العوامل الأخرى المرتبطة بالعنف لدى الشباب الخلل الوظيفي في الأسرة، والقيم المجتمعية التي تعزز حتى تخطي الاهتمامات الاجتماعية (Popkin,2000). من الممكن أن تكون البرامج الوالدية الإيجابية والروحانية التي تعزز العفو عن الانتقام - تلعب دوراً هاماً في التغلب على العنف لدى الشباب (Pop-kin,2000). أما الإستقواء، فقد لاقى اهتماماً كبيراً كعامل محتمل مرتبط بالعنف المدرسي. يمكن تعريف الاستقراء بأنه مضايقة، وإزعاج، أو من هم أقل قوة. الاستقراء منتشر على نطاق واسع، حيث أن41% ممن استجابوا لدراسة مسحية يدّعون بأنهم قد تم مضايقتهم في المدرسة (Labi,2001). يرتبط الاستقراء بتعزيز المناخ المدرسي السلبي، وبالعنف المدرسي، بما في ذلك الانتحار والقتل. على سبيل المثال، وجدت الخدمة السرية في الولايات المتحدة أن 37% من القتل بالرصاص في المدارس سينطوي على رامي من قبل ذلك بالاستقراء عليه، أو بالتهديد، أو كان ضحية للعنف (Labi,2001). بالإضافة إلى ذلك، الأفراد الذين ينخرطون في الاستقراء معرضون لمخاطر الانخراط في السلوك الإجرامي عندما يصلون إلى بدايات مرحلة الشباب (Spivak Et Al.,2001).

طبقت عدد من المدارس برامج لمخاطبة مشكلة الإستقواء، والتي يمكن تلخيصها على النحو الآتي:

- يحتاج المناخ المدرسي إلى التغيير، بحيث لا يكون مناسباً للإستقواء، على سبيل المثال، يمكن أن يوقع الوالدان والطلاب على عقد في بداية العام الدراسي، يتفقون فيه على أنه لا ينبغي مضايقة أو إزعاج الطلاب بسبب المظهر، أو الجنس، أو العرق، أو الأداء... ألخ.
- تحسين المهارة في مجالات مثل حل المشكلات، وحل الصراع، واتخاذ القرارات الأخلاقية، وبناء الشخصية، بالإضافة إلى التدريب على التوكيدية من الممكن أن يساعد في منع العدوان الإستقواء قبل حدوثه.
- يحتاج الطلاب، والمعلمون، والإدارة، والهيئة، والوالدان، إلى أن يتفقوا على عدم تحمّل الإستقواء، والإعلان عنه متى حدث.
- التدريب على التدخل للإستقواء ضروري.

يمكن للمرشدين النفسيين في المدرسة تطبيق برامج مضادة للإستقواء، ومن خلالها يمكنهم تعزيز المناخ المدرسي الإيجابي، وتحقيق الأمان في المدرسة. كما يمكنهم استخدام الدراما النفسية التعليمية مع ضحايا الإستقواء (للمساعدة) المستقوين أنفسهم (للتغلب على ميول الإستقواء) (Beale &

Scott,2001) . يمكن أيضاً للمرشدين النفسيين في المدارس تعزيز الأمن المدرسي بالعمل مع الهيئات الأخرى في المدارس – مثل الأخصائيين النفسيين في المدارس لتحديد والتعرف على الطلاب الخطرين الذين لديهم ميول للانخراط في أفعال العنف. حدده دكينز ورفاقه (2000) قائمة بعوامل المخاطرة القوية المرتبطة بالعنف لدى الشباب، والتي يمكن أن تكون مفيدة في تقييم تهديدات الطلاب لإلحاق الأذى بالآخرين:

- لديه اضطراب نفسي (خصوصاً تناول المخدرات)، المشاركة في السلوك المعادي للمجتمع، ولديه معتقدات إنحرافية.
- كونه ضحية (مثل أن يكون قد أُعتدي عليه أو إستقواء أحد عليه).
- منعزل اجتماعياً، ويفتقد إلى الروابط الاجتماعية.
- لدية مستويات منخفضة من المشاركة الوالدية .
- لديه تاريخ من العنف والعدوان (خصوصاً الاستهلال الأول).
- يمر بخبرة المستويات العليا من التعرض للجريمة والجنوح في المدرسة، أو في البيت، أو مع الجيران.
- يمر بخبرة الفشل الأكاديمي، والاضطهاد، ونقص الروابط في المدرسة.
- لديه سهولة في الوصول إلى الأسلحة النارية.

المرضى الذهانيون يعتبروا عرضة بشكل كبير لسلوك العنف (Cornell & Shears,2006)، وهذا ينطبق تماماً على الأفراد الذهانيين الذين يعانون من اضطراب البارانويا. في هذه الحالات، قد يكون الشخص على قناعة بأن للعنف ما يبرره، لأن الآخرين يكيدون له، أو أنهم شياطين، وبالتالي لابد من قتلهم (Cornell & Shears,2006). الأفراد الذهانيون الذين يعانون أيضاً من الجنون أكثر عرضة للعنف، لأن لديهم طاقة زائدة تقّوض قدرتهم على التحكم في سلوكهم (Schwartz,2008) . لقد تم إعداد العديد من برامج التدخل للعنف لمخاطبة العنف المدرسي. أحد النماذج الشاملة للتدريب على التدخل للعنف في المدرسة – يركز على تقديم التدريب على الوقاية من العنف للإدارة، والمرشدين النفسيين، والمعلمين (D'andrea,2004). من الموضوعات التي يغطيها هذا النموذج تحديد الإشارات التحذيرية المبكرة للعنف وتنمية وتطبيق إستراتيجيات التدخل المرتبطة بالوقاية من العنف.

يوصي سميث وساندهو (2004) بأخذ منهج إيجابي للوقاية من العنف بالتركيز على بناء العلاقات.. الهدف الرئيسي لهذا النموذج أو المنهج هو تعزيز السعادة النفسية والنمو الأمثل للطلاب. يشير هذان الباحثان إلى أن الوقاية من العنف ترتبط مباشرة بقدرة الطلاب على الارتباط بالمدرسة، ومجموعات الزملاء. المهام النمائية المرتبطة بالوقاية من العنف تشتمل على :

- الارتباط الآمن مع الأسرة.
- الوعي بالذات، وبالآخرين.

- المعرفية الوجدانية (فهم الوجدانيات والتعبير عنها)
- التنظيم الذاتي (مثلاً : إدارة الغضب، والتحكم في الدوافع).
- المرونة (مثل : القدرة على التحكم في الضغوط).

في حين أن المدرسة تبحث عن طرق لجعل البيئة آمنة، يمكن أن يلعب المرشدون النفسيون في المدرسة دوراً هاماً في منع العنف وتعزيز المناخ المدرسي الإيجابي، وذلك بتعزيز البرامج المضادة للإستقواء، والتعرف على الطلاب المعرضين لخطر العنف، وتدريب الهيئة، والآخرين للوقاية من العنف، ومساعدة الطلاب في عمل علاقات ارتباطيه ذات معنى، وإعداد برامج وأنشطة جديدة أخرى.

تناول المخدرات: في هذه المناقشة، يشير مصطلح تناول المخدرات إلى الكحول، والسجائر، وكما يشير أيضاً إلى المخدرات مثل الكوكايين، والماريجونا، والهروين. هناك زيادة في تعاطي الطلاب في الولايات المتحدة للمخدرات، ويُقدّر عدد من يحتاجون إلى العلاج من المخدر بـ 5.5 مليون شخص (Mason,1996). تُقدّر تكلفة تعاطي المخدرات على المجتمع بمليارات الدولارات، والتكلفة النفسية من حيث المعاناة الإنسانية لا يمكن حصرها (Mason,1996).

أجريت دراسة مسحية في عام 2000 (معهد الأخلاق، 2001)، وتقدم معلومات عن تناول المخدرات والكحولات بين طلاب المدرسة الوسطى والمدرسة الثانوية. أعلنت الدراسة المسحية عن أن 24% من طلاب المدرسة الوسطى، و60% من طلاب المدرسة الثانوية بإمكانهم الحصول على المخدرات متى أرادوا ذلك، كما أن 14% من طلاب المدرسة الوسطى، و16% من طلاب المدرسة الثانوية قد استخدموا الأدوية غير القانونية أثناء العام الماضي، و7% من طلاب المدرسة الوسطى، و16% من طلاب المدرسة الثانوية كانوا سكارى في المدرسة في العام الماضي. يستهل كثير من الطلاب تناول المواد المخدرة أثناء سنوات المدرسة الوسطى (Hubbard Et Al.,1998). تشير البحوث إلى أن الطلاب الذين يبدءون في تناول المسكرات قبل سن 15 عاماً معرضون لخطر المشكلات أكثر ممن يبدءون في الشرب بعد 15 عاماً (Kluger,2001) من يتناول المسكرات مبكراً - مقارنة بمن يبدءون بعد سن 15 عاماً - هم عرضة خمس مرات أكثر ممن يتناول المسكرات متأخراً - لتنمية الاعتماد على الكحول، وعشر مرات عرضه للانخراط في معارك أثناء السُكر، وسبع مرات عرضه لحوادث السيارات، وأثناء مرة عرضه للإصابة الخطيرة. إذاً، هناك ما يبرر تنمية المرشدين النفسيين في المدارس للتدخلات التي تمنع التجربة المبكرة للكحول والمواد الأخرى في المدارس الابتدائية والوسطى.

بعض العوامل المرتبطة بتناول المسكرات ذات صلة بمواصلة المشوار التعليمي والزواج المبكر (Newcomb & Bentler,1988). إن استخدام المواد المخدرة المتعددة بين المراهقين يرتبط بالصعوبة المستقبلية في اكتساب الدور كشباب (مثلاً : زوج أو صاحب عمل). الاستخدام المفرط للمواد المخدرة الصعبة يرتبط بالوحدة، والحد من الدعم الاجتماعي، والذهانية، والميول الانتحارية. درس ينوكمبا

وبيتلر (1988) سبب تناول المسكرات، من الضغوط النفسية الداخلية. كما حددا عوامل المخاطرة المرتبطة بتناول والاعتماد على المخدرات، بما في ذلك التاريخ الشخصي لتناول المخدرات، استخدام النظير، والمستوى الاقتصادي - الاجتماعي المنخفض، والخلل الوظيفي الأسري، والتاريخ الأسري من الإساءة، والأداء المدرسي الضعيف، وتقدير الذات المنخفض، وازدراء القانون، والحاجة للإثارة، والأحداث الضاغطة في الحياة، والقلق والاكتئاب.

الأطفال الكحوليون أكثر عرضة لمشكلات المخدرات والكحول (Vail -Smith Et Al.,1995). هناك عدد كبير من أطفال المدرسة الابتدائية ممن هم كحوليين، ويحتاجون إلى مساعدة خاصة (Vail-Smith Et Al.,1995). بعض المشكلات الخاصة المرتبطة بالأطفال الكحوليين تشتمل على الوجدانيات السالبة مثل الغضب (Clair & Genest,1987)، ضعف تقدير الذات (Werner,1986)، ووجهة الضبط الخارجية (Werner,1986) - فالمرشدون النفسيون في المدارس تحديداً في موقع جيد لتقديم خدمات للأطفال الكحوليين، بما في ذلك تعزيز مهارات المرونة لمساعدة هؤلاء التلاميذ على مواجهة الخلل الوظيفي الأسري (Vail-Smith Et Al.,1995). الإرشاد الجمعي الذي يركز على المشكلات الخاصة لدى الأطفال الكحوليين يمكن أن يكون مفيداً لهؤلاء الأفراد (Brake,1988). برامج الوقاية من الاعتماد على المخدرات لاقت اهتماماً كبيراً في الأدبيات. وجدت أحد دراسات التحليل البعدي أنه لم يكن لأي من البرامج الوقائية الموجودة تأثير يمكن تقديره على الحد من استخدام المواد والاعتماد عليها (Bangert - Drowns ,1988).

هناك دراسة أخرى تشير إلى أن البرامج التي تركز على زيادة المعرفة عن المخدرات والكحول ليست فعالة في الحد من الاستخدام أو الاعتماد. وعلى الجانب الإيجابي، وجد توبلر (1986) أن برامج الزملاء التي تشتمل على التوكيدية، خصوصاً مهارات الرفض، والتدريب على المهارات الاجتماعية قد أثبتت أنها الأكثر فعالية في الوقاية من الاعتماد (Tobler,1986). هناك العديد من البرامج لتعزيز التوكيدية والمهارات الاجتماعية. برنامج الأطفال ناس (Lerner & Naiditch ,1985)، يمكن استخدامه في المدرسة الابتدائية وبرنامج "سمارت" (Pearson Et Al .,1985) صُمم للاستخدام في المدرسة الوسطى. أما بالنسبة للمراهقين الذين لديهم مشكلات الاعتماد على المواد، فإن البرامج الأكثر فعالية هي تلك البرامج التي تعزز الأنشطة البديلة مثل المعسكرات، والرياضة، وتعزيز الثقة والكفاءة الاجتماعية، وتقدم خبرات واسعة (Tobler,1986).

حمل المراهقات: معدل حمل المراهقات في الولايات المتحدة مزعج ؛ حيث أن مليون مراهقة تصبح حاملاً كل عام، وهو ما يقرب من 10% ممن تبلغ من العمر 15-19 عاماً (Maynard ,1996). ومن ثم، فإن بالولايات المتحدة أكبر معدّل حمل للمراهقات مقارنة بأي مجتمع صناعي آخر، فهو يتفوق على المعدّل في المملكة المتحدة مرتين، و15 ضعفاً مقارنة باليابان (Maynard,1996).

إن تكلفة حمل المراهقات بالنسبة للفرد والمجتمع يمكن أن تكون باهظة. يقّدر مينارد (1996) التكلفة على المجتمع من ضياع الرواتب والخدمات الاجتماعية ما بين 13 مليار إلى 19 مليار دولاراً

سنوياً - أما تكاليف الأمهات المراهقات و أطفالهن تشتمل على الميل لخفض معّدل المواليد، والولادة قبل النضج، وارتفاع نسبة التسرب المدرسي، وانخفاض معدّل التخرج من المدرسة الثانوية للأمهات المراهقات وأطفالهن، والمعدّلات المرتفعة من الإساءة والإهمال، وقلة الكسب بالنسبة للأمهات المراهقات وأطفالهن طول الحياة (Maynard,1996).

نسبة حمل المراهقات في تزايد مستمر

البرامج الوقائية يمكن أن تخاطب المشكلات الخاصة المرتبطة بحمل المراهقات، ومن هذه البرامج الواعدة خدمات منع الحمل، وخدمات التخطيط الأسري (Fursternberg Et Al .,1989). إلا أن البرامج الوقائية الأخرى التي تركز على التربية الجنسية أو على محاولة تغيير الاتجاه نحو التورط الجنسي السابق لم تكن ناجحة بالقدر الكافي (Fursternberg Et Al .,1989). أحد هذه البرامج هو برنامج التلقيح الاجتماعي الذي ينطوي على العمل الجماعي مع المراهقات (Berger Et Al .,2000). تستفيد المجموعة من لعب الدور والمناقشة والتركيز على مساعدة الأفراد في تعلم كيفية مقاومة الضغوط للوقوع في الجنس. لقد تبين أن التلقيح الاجتماعي مفيد، خصوصاً للأفراد الذين ليسوا نشطين جنسياً . هناك العديد من البرامج التي تطبّق بعد أن تصبح المراهقة حاملاً، وأثبت هذه البرامج نجاحاً.

فبرامج ما قبل الولادة تعزز الصحة للأطفال (Brooks - Gunn Et Al,1988,1989) أما البرامج الخاصة بتعليم الوالدين، فقد عززت من المهارات الوالدية، بالإضافة إلى نمو الطفل (Clewell Et Al.,1989).

البحوث عن تأثير التربية الوالدية باستخدام برنامج تعليم الوالدين (Dinkmeyer Et Al .,1985) في مجموعات صغيرة من المراهقات -الحوامل- وجدت أن هذا البرنامج يزيد من مفهوم الذات لدى

المراهقات ويعزز الاتجاهات الوالدية الديمقراطية (Emmons & Nystul. 1994). المناهج المفيدة للعمل مع المراهقات الحوامل تشتمل على الإرشاد الجمعي لتقديم دعم الزملاء اللازم، تعليم الوالدين بعد الولادة، والفروض الإبداعية، والتحليلية قبل الولادة لتشجيع المشاركة النشطة من قبل المشاركين (Maycgregor & Newlon ,1987).

الوالدان المطلّقان أو الوالد الواحد: من المتوقع أن تستمر المعدّلات المرتفعة من الطلاق في القرن الحادي والعشرين، وينتج عن ذلك أن نسبة 40% من الأطفال فقط يربيهم كلا الوالدين حتى يصلوا إلى سن 18 عاماً (Berger & Thompson ,2000).

تركز البحوث على تأثير الطلاق على الوالدية لدى الأمهات اللاتي يعيشن وحدهن بسبب الصعوبات المالية. (Nystul & Devall , In Press). البحوث الحديثة التي أجريت على المهارات الوالدية لدى الأب الواحد أظهرت أن الوالد الواحد له تأثير إيجابي على الوالدية لدى الأب (مثلاً: الوالد الواحد كان فعالاً مثل الأم الواحدة وأكثر فعالية من الآباء المتزوجين). (Nystul & Devall , In Press) يمكن أن يساعد المرشدون النفسيون في المدارس الطلاب للتغلب على بعض النواتج العكسية المرتبطة بالطلاق أو الحياة مع الوالد الواحد (Frieman,1993).

إن الاشتراك النشط الإيجابي للوالدين في تربية الطفل يمكن أن يقلل من النتائج العكسية للطلاق. إن إشراك الأب يمكن أن يكون تحدياً خاصاً، حيث أن الآباء لديهم مستويات منخفضة من المشاركة الوالدية (منخفضة عن الأمهات) قبل الطلاق (Frieman ,1993). إن العمل الجماعي مع الرجال المطلّقين يمكن أن يكون مفيداً في مساعدتهم على أن يصبحوا أكثر اشتراكاً في حياة أطفالهم (Frieman,1993). من الموضوعات التي قد تكون وثيقة الصلة في هذه المجموعات هي المشكلات الشائعة للآباء، والمهارات الوالدية، والقضايا النمائية، والتعامل مع الوجدانيات السالبة للغضب والغيرة، والمعلومات عن رعاية الطفل.

تتباين تأثيرات الطلاق وفقاً لسن الطفل (Robson,2002). فالأطفال من سن خمس سنوات يميلون إلى النكوص، وذلك بظهور مشكلات الرضاعة واستخدام الحمام. أما الأطفال من سن 6-8 سنوات، فيستخدمون في البداية الرفض للمواجهة، ويظلون على أمل أن يعود الوالدان إلى بعضهما في المستقبل القريب. من 9-11 عاماً، يتصرف الأطفال من قبيل الصدمة، والدهشة، والرفض، وعدم التصديق، بالإضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء الأطفال يمكن أن يمروا بخبرة الصراعات في الولاء لوالديهم، حيث يرون – في الغالب – أحد الوالدين أفضل من الآخر. أما المراهقون من سن 13-18 عاماً، فهم عرضه لمخاطر مشكلات الصحة النفسية، والنظرة السالبة للمستقبل، ولوالديهم، وبيئتهم. لقد تبين أن الإرشاد الجمعي فعال في التعامل مع هذه القضايا الخاصة المرتبطة بالطلاق. مثل التخفيف من الشعور بالذنب، والتعامل مع الغضب، والشعور بالوحدة. هناك أنواع عديدة من مجموعات الطلاق (Bowker , 1982 , Hammond,1981).

هذه المجموعات تميل إلى التركيز على التخفيف من مستوى الضغوط لدى الأطفال، وتعزيز تقدير الذات لديهم. يعتبر برنامج هاموند (1981) أحد هذه المناهج، حيث أن له شكل منظم يشتمل على عروض وسائط متعددة، وتدريبات تعطي معلومات عن الطلاق وأيضاً فرصاً لتجهيز المشاعر. وجد بيرك وديستريك (1989) دعماً تجريبياً لمنهج هاموند بلغة تعزيز مفهوم الذات. هناك حاجة لمزيد من البحوث عن هذه المجموعات.

التسرب الدراسي: يقدّر إيجان وكوتشاك (1994) أن 25% أو أكثر من طلاب المدرسة الثانوية في عام 2001 لم يكملوا الدراسة الثانوية - نسبة التسرب الدراسي مرتفعة بالنسبة لبعض مجموعات الأقليات (مثلاً: الطلاب الأمريكان الأصليون هم الأكثر نسبة في التسرب "35.5% "، Garette,1995). يُشار إلى الطلاب المعرضين للتسرب الدراسي على أنهم الطلاب المعرضين للخطر. من الخصائص الشائعة لدى الطلاب المعرضين للخطر الحالة الاجتماعية - الاقتصادية، سرعة الزوال، كونهم من الأقليات، كونهم من الذكور، يتحدثون الإنجليزية كلغة ثانية، كونهم من أسر مطلقّة (Eggan & Kaucnak ,1994) .

الذكور أكثر عرضة لمخاطر التسرب الدراسي من الإناث، من خصائص المخاطرة الأخرى الحالة الاجتماعية الاقتصادية، وتاريخ الفشل السابق،و تناول المسكرات، والمشكلات السلوكية والأكاديمية، ضعف الحضور المدرسي، والملل (Bearden Et Al.,1989). الطلاب المعرضون للمخاطر لديهم ميل مرتفع للتسرب الدراسي، إلا أنهم أيضاً لديهم مشكلات أخرى مثل الاعتماد على المواد المخدرّة، والجنوح، وتقدير الذات المنخفض، وضعف الدافعية، وانخفاض التحصيل في المدرسة (Eggan & Kauchak , 1994).

هناك العديد من البحوث تركز على تحديد خصائص المرونة التي يمكن أن تساعد الطلاب على أن يصبحوا أقل عرضة للفشل الأكاديمي (Aiva,1991 , Arrellano & Padilla,1996 , Zimmerman & Arunkumar,1994). يحدد أريلانو وباديلا (1996) العوامل الشخصية والبيئية التي تعزز النجاح الأكاديمي لدى الطلاب اللاتينيين. واشتملت هذه العوامل على الدعم الوالدي والتشجيع الوالدي، نماذج الدور والمراقبين، والطرق كمصدر للدعم، والفخر، والقدرة، والدافع للنجاح، والنظرة التفاؤلية. يمكن أن يحاول المرشدون النفسيون في المدرسة تعزيز خصائص المرونة لزيادة الإنجاز الأكاديمي لدى الطلاب.

يمكن للعديد من الإستراتيجيات الإرشادية مخاطبة ظاهرة التسرب الدراسي. يمكن أن تقدم البرامج الوقائية خدمات إرشادية خاصة للطلاب المعرضين للخطر التسرب الدراسي (Gib-son,1989). المدارس العامة في فلوريدا تستخدم إرشاد الزملاء، الدعم الأكاديمي، والمساعدة في القصور الأكاديمي (مدارس ديدكاونتي العامة ,1985). المدارس المتحدة في لوس انجليس (1985) تستخدم المساعدة الإرشادية، التدريس الخاص، والمساعدة المهنية. أوصى روبين (1989) بتوجيه الجهود إلى داخل حجرة الدراسة مثل : النجاح في المدارس لجيرلر وأنديرسون (1986).

الاتجاهات في الإرشاد النفسي المدرسي Trends In School Counseling

فيما يبدو أن مجال الإرشاد النفسي عند مفترق الطرق. فهناك حاجة شديدة إلى المرشدين النفسيين في المدارس حيث يمر الطلاب بمدى معقّد من المشكلات الشخصية والاجتماعية. ومع ذلك، فإن المشكلات تدوم بمثابرة وعناد بشكل يجعل الإرشاد النفسي المدرسي لا يستطيع التعامل بفعالية مع هذه التحديات.

يشير ساندهو & بورتيز (1995) إلى أن الإرشاد النفسي المدرسي في مشكلة عويصة كمهنة، ومعرضة لخطر التغافل والتلاشي. المشكلة الأساسية التي تواجه الإرشاد النفسي المدرسي هي أنه يُنظر إليه على أنه خدمة إضافية غير ضرورية، لا تحتاج في أدائها خبرة. يعتقد ساندهو & ببورتيز (1995) أنه من الضروري للمرشدين النفسيين في المدارس أن يكونوا مؤثرين، وليسوا رجعيين في أدوارهم، وأنشطتهم، وأولوياتهم، ويصف نموذجاً مؤثراً للإرشاد النفسي يمكن أن يساعد في نقل الإرشاد النفسي المدرسي من المكان السطحي إلى المكان الرئيسي في الإصلاح التعليمي.

أيضاً، خلصت هيئة الالتحاق بالجامعة (1987) إلى أن مهنة الإرشاد النفسي في مشكلة، ويحتاج إلى تغيير. ففي تعزيزها، أوصت الهيئة : (أ) بالاستخدام الأمثل للمهارات الخاصة للمرشد النفسي المدرسي بدلاً من فرض مهام تلقينية مثل الجدولة، (ب) زيادة الدعم للبرامج الفيدرالية التي تساعد الطلاب المحرومين، (ج) التأكيد أكثر على البرامج الإرشادية في المستويين الابتدائي والمتوسط لمنع المشكلات من أن تكون خطيرة، (د) التشجيع على مشاركة الوالدين في برنامج الإرشاد النفسي المدرسي.

إن المفتاح للنجاح المستقبلي في الإرشاد النفسي المدرسي يكمن في قدرته على التكيّف مع الزمان، وتعزيز التحسين المدرسي، تقليص الفجوة بين الفرصة والإنجاز بحيث يتعلم كل طفل (Dahir,2009). يوصى كلارك وبريمان (2009) بأن يستخدم المرشدون النفسيون في المدرسة نموذج الدمج من خلال تقديم الخدمات الإرشادية داخل حجرة الدراسة. من مميزات هذا النموذج التقليل من التعليمات المهملة، والتعامل مع المشكلات الوجدانية والسلوكية داخل غرفة الدراسة، وتعزيز بيئة التعلم الإيجابية. من وجهة نظر بورتمان (2009)، فإن المرشدين النفسيين في المدرسة سوف "ينخرطون في أنشطة الوقاية، والتدخل، والعلاج التي تيسّر التواصل والتفاهم بين النظم الإنسانية ذات الثقافات المتعددة (مثل: المدرسة، الأسرة، المجتمع المحلي، والوكالات الفيدرالية) التي تساعد في التقدم التعليمي لكل الطلاب" (P.23).

كما أضاف ويلش وماكارول (1993) مقترحات أخرى عن كيفية النظر إلى المرشدين النفسيين في المدرسة على أنهم ضروريون لمدارسهم ولمجتمعاتهم، حيث يقترحا بأن يشترك المرشدون النفسيون في الأسرة والمجتمع المحلي من خلال تقديم الإرشاد الأسري، وأن يكونوا مختصين في الموارد المجتمعية للمساعدة في ربط الطلاب بالخدمات المناسبة التي تشبع حاجاتهم.

كما يوصيان أيضاً بالتحوّل في التأكيد من الإرشاد الفردي إلى العمل الجماعي، ويقترحان أن يتبنى المرشدون النفسيون اتجاهاً للنظم في صياغة مفاهيم الأداء الكلي للمدرسة. كما ذكرنا قبل ذلك، فإن المرشدين النفسيين في المدرسة يمكنهم السعي طلباً للتدريب في مجالات مثل القانون المدرسي والإدارة المدرسية لكي يأخذوا دوراً قيادياً في تطبيق التشريعات مثل المادة 504، قانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات، وقانون التعليم للجميع. لذا، يمكن للمرشدين النفسيين في المدارس توسيع دورهم في تقديم الخدمات المتخصصة واللازمة.

يذكر روسو وكاسيرا (1989) أن المرشدين النفسيين في المدارس لم يكونوا ناجحين في أهمية توصيل خدماتهم بوضوح، واقترحا بأن على المرشدين النفسيين في المدارس إعداد برنامج شامل، واستخدام برنامج المسؤولية التربوية لويجينز (1985)، والذي يشتمل على وضع الأهداف، تقييم الحاجات، ووضع الأولويات، وتقييم النتائج، والإعلان عن النتائج. يقترح جرين (1988) أنشطة بناء التصور للمرشدين النفسيين في المدارس لمساعدتهم على أن يتم تقبلهم كممارسين لهم معرفة متخصصة، ويحققوا الذاتية المهنية. يحدد جرين (1988) الأنشطة التالية التي يمكن استخدامها لتعزيز الشعور بالمهنية للمرشدين النفسيين في المدارس :

- طبّق استبانة على الزملاء لتحديد كيف يرون دور المرشد النفسي المدرسي. هذا النوع من تقييم الزميل مكّون ضروري للسلوك المهني.
- اجمع قائمة بالأنشطة المهنية أثناء الثلاث سنوات الأخيرة. حدد ما إذا كانت هذه الأنشطة قد عززت من التصور المهني، أو احتاجت إلى مهارات خاصة من المرشد النفسي، أو ببساطة ضاعفت الخدمات التي قدمها المتخصصون الآخرون، وعلمت الآخرين عن صعوبة دور المرشد النفسي.
- قدّم برامج للوالدين عن موضوعات مثل تعليم الوالدين، الاعتماد على المسكرات، وانجاز التلاميذ.
- أنشر رسالة إخبارية تصف الأنشطة لبرنامج الإرشاد النفسي المدرسي بالإضافة إلى القضايا التي تهم الطلاب، والمعلمين، والوالدين.
- كن نشطاً في إجراء البحوث وكتابة المقالات للنشر في المجالات المتخصصة.
- كن عضواً في المنظمات المتخصصة.
- قم بعمل جدول للأيام الخاصة بالاستشارة للوالدين والهيئة المساعدة في الحالات الخاصة.
- قم بعمل ملتقى علمي وندوات علمية للمجتمع المحلي عن قضية معينة (مثلاً: حمل المراهقات).

علّق كثير من الباحثين بأن على المرشدين النفسيين في المدارس أن يأخذوا دوراً نشطاً في الإصلاحات التعليمية (Kaplan Et Al ,1990 , Thomas, 1989). يقترح هؤلاء الباحثون أن المرشدين النفسيين في المدارس يمكن أن يلعبوا دوراً هاماً في تعزيز المناخ الدراسي الإيجابي بتشجيع التوجّه

للنجاح في المدرسة، وتعزيز تقدير الذات لدى المعلمين والطلاب، والمساعدة في دمج الأبعاد المعرفية والوجدانية في العملية التعليمية.

يمكن أن يلعب المرشد النفسي التربوي دوراً في المساعدة في مجال الإرشاد النفسي المدرسي للسير قُدُماً بنجاح. يذكر سويني (1988) أنه لا يتم الاهتمام بالإرشاد النفسي المدرسي في معظم برامج تربية المرشد النفسي. وفقاً لسويني (1988)، فإن المرشد النفسي التربوي قد أهمل أيضاً البحوث عن الإرشاد النفسي المدرسي. على سبيل المثال، عدد المقالات التي يتم نشرها في تربية وإشراف المرشد النفسي عن دور ووظيفة الإرشاد النفسي المدرسي قد تناقصت. فقد نشر 39 مقالاً عن هذا الموضوع ما بين عام(1961-1968، ولم يُنشر مقال واحد من عام 1980-1988).

بالإضافة إلى مساعدة المرشدين النفسيين في المدارس على صياغة الهوية المهنية، يمكن للمرشدين النفسيين التربويين التأكيد أكثر على الحاجات التعليمية للطلاب المهتمين بالإرشاد النفسي المدرسي. تشير كل هذه الدراسات مجتمعةً إلى أن الإرشاد النفسي المدرسي مهنة في خطر، وتحتاج إلى تغيرات جذرية. بإيجاز، ينبغي على المرشدين النفسيين :

- أن يكونوا مؤثرين في أدوارهم، وأولوياتهم، وأنشطتهم
- أن يستخدموا منظور النظام الأسري حتى يشتركوا في الأسرة والمجتمع المحلي.
- أن يضطلعوا بالمسؤوليات القيادية ليقوموا بتنسيق، والعمل كحلقة وصل للبرامج التشريعية مثل المادة 504، والقانون التعليمي للأفراد ذوي الصعوبات، وقانون التعليم للجميع.
- أن يوضحوا دورهم ووظائفهم بتشجيع الآخرين على التركيز على المهارات الخاصة للمرشد النفسي وليس على المهام التلقينية مثل الجدولة.
- أن يدمجوا أنشطة بناء التصوّر وبرامج المسؤولية التربوية المستمرة.
- أن يشجعوا الوالدين على الاشتراك في البرامج الإرشادية لأطفالهم.
- أن يؤكدوا على الإرشاد النفسي المدرسي في المدرسة الابتدائية والوسطى.
- أن يشجعوا على الجهود البحثية عن المشكلات الخاصة مثل الانتحار والاكتئاب.
- أن يقنعوا المرشد النفسي التربوي بالتأكيد على الإرشاد النفسي المدرسي هناك اهتمام كبير بقضايا التنوع. الإرشاد النفسي المتمركز حول الحل، والتكنولوجيا في أدبيات الإرشاد النفسي المدرسي، وفيما يلي استعراض لهذه الموضوعات :

قضايا التنوع Diversity Issues

لابد أن يراعي المرشدون النفسيون في المدرسة قضايا التنوع مثل عدالة الكفاءات الاجتماعية / متعددة الثقافة، الدين والروحانية، والتوجه الجنسي، في كل جوانب الإرشاد النفسي لأن كل أوجه المجتمع أصبحت متعددة الثقافة أكثر فأكثر. لذا، فإن المرشدين النفسيين في المدرسة مجبرون على

تنمية الوعي اللازم، والمعرفة اللازمة، والمهارات اللازمة المرتبطة بالعمل مع الطلاب في مجتمع متعدد الثقافات.

إن معايير أخلاقيات ومعايير الممارسة للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي - والذي تم تعديله حديثاً - يؤيدان أن المرشدين النفسيين يكتسبون، ويحافظون على الكفاءات متعددة الثقافات اللازمة للممارسة، ومع ذلك، يحتاج المرشدون النفسيون في المدارس إلى تدريب إضافي في هذا المجال (Hobson & Kanitz,1996). لأن الحساسة لمتعدد الثقافات في المدارس ضرورية لزيادة التعلم لأقصى درجة، فإن على المرشدين النفسيين في المدرسة الانخراط في الأنشطة التي تحسّن المناخ المدرسة من خلال التغلب على النمطية. والعكسية، وتعزيز التقبل ودمج ثقافات الطلاب في المنهج المدرسي (Whitledge ,1994).

إن تعزيز أهداف العدالة الاجتماعية متعددة الثقافات تدخل هام يمكن للمرشدين النفسيين في المدارس استخدامه لتعزيز تعلم الطلاب (Bemak & Chung,2008a). يشير هذان الباحثان إلى أن المرشدين النفسيين في المدارس يحطّون من قدرتهم على الأداء كمدافعين فعاليين عن الطلاب عندما تكون لديهم حاجة لأن ينظر إليهم الناس بإيجابية. لمخاطبة هذه القضية الهامة، قدّم بيماك وتشونك مصطلح " متلازمة المرشد النفسي المهذب". يعّرف بيماك وتشونك متلازمة المرشد النفسي المهذب بأنه رغبة المرشد النفسي المدرسي على أن يراه الآخرون (بأي ثمن) كفرد مهذب، يتماشى مع الجميع، ويحل المشكلات، ويتوسط فيها، ويعزز التجانس داخل المدرسة.

يرى بيماك وتشونك أن المرشدين النفسيين في المدارس - عندما ينخرطون في متلازمة المرشد النفسي المهذب - قد يتجنبون الأنشطة التي يراهم من خلالها الآخرون بشكل سلبي، مثل الانخراط في صراع مرتبط بتعزيز العدالة الاجتماعية. والتأييد.

بدلاً من ذلك، يحاول المرشدون النفسيون الذين ينخرطون في متلازمة المرشد النفسي المهذب الحفاظ على الوضع الراهن، وحالة التجانس في المدرسة، يشير بيماك وتشونك أنه متى حدث ذلك، فإن المرشدين النفسيين في المدارس ليسوا في موقع لتعزيز التأييد والعدالة الاجتماعية. يوصي بيماك وتشونك (2008a) بأن يتبنى المرشدون النفسيون استراتيجيات تعزز من التأييد والعدالة الاجتماعية، مثل الحفاظ على المكانة المهنية، وعدم أخذ الأشياء بشكل شخصي، والمخاطرة، ومخاطبة الصراع متى كان ذلك ضرورياً.

إن الدفاع عن العدالة الاجتماعية، جزء هام من دور ووظيفة المرشدين النفسيين في المدارس. الملحوظة الشخصية التالية تكشف ما إذا كان من الممكن اعتبار المرشدين النفسيين في المدارس مهذبين وأيضاً ناجحين في الدفاع عن العدالة الاجتماعية.

ملحوظة شخصية

مقال بيماك وتشونك عام 2008 الذي يرتبط بالعدالة الاجتماعية / وتعدد الثقافات / ومتلازمة المرشد النفسي المهذب يستثير قضية هامة : هل من الممكن النظر إلى المرشد النفسي المدرسي على أنه شخص مهذب، ومع ذلك يعزز العدالة الاجتماعية؟ خبرتي كمرشد مدرسي، وأخصائي نفسي مدرسي تتمثل في أن إدراك الآخرين للشخص إيجابياً (مثلاً : عضو في فريق، مسايرة الآخرين، يحل المشكلات بشكل جيد، وكذلك يتوسط فيها) يمكن أن يعزز الثقة والدعم الضروريين للدفاع الناجح عن التلاميذ وتأييدهم. أنا أتفق مع بيماك وتشونك في أنه عندما يكون لدى المرشد النفسي المدرسي هدف أن يحبه الآخرين – ويكون مبالغ فيه – فإن هذا المرشد النفسي لن يستطيع أن يؤدي عملاً جيداً، ولن يعزز العدالة الاجتماعية. فيما يبدو أن القضية الرئيسية هنا هي أهمية عدم وضع حاجات الفرد قبل حاجات الطلاب. وعندما لا يحدث ذلك، لن يستطيع المرشدون النفسيون القيام بعملهم بفعالية (بما في ذلك تعزيز العدالة الاجتماعية).

الروحانية والدين قضايا تنوع أخرى يواجهها المرشدون النفسيون في المدرسة. الخدمات الإرشادية التي تُقدّم للأسر – على سبيل المثال – تحتاج إلى اعتبار خاص (Miller,1995). هذه الأسر تميل إلى الاستجابة إلى إحالات المرشد النفسي بالخوف والخشية لأنهم يعتقدون بأن معتقداتهم الدينية لن تؤخذ بعين الاعتبار في العملية الإرشادية. يمكن للمرشدين النفسيين التغلب على هذه الميول بالاعتراف بأسلوب المسترشد في صياغة مفاهيم المشكلات والحلول.

على سبيل المثال، من الشائع لدى الأصوليين المسيحيين أن يعزو مشكلات سوء السلوك إلى مشكلات في الدين (Miller,1995). عندما يحدث ذلك، ينبغي أن يعترف المرشدون النفسيون بالدور الذي تمارسه دور العبادة في التغلب على مشكلات الطالب، وبذل كل جهد للاستماع إلى قصص المسترشدون بأسلوب تقبلي وبعيد عن الأحكام الذاتية. وعندما تنمو الثقة، فإن المرشدين النفسيين سوف يكونوا في مكان أفضل لتسهيل بناء القصص الجديدة التي تعكس التحرك نحو المشكلة وتعزيز المعنى.

الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل Brief - Solution - Focused Counseling

تلقي نماذج الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل اهتماماً كبيراً في الأدبيات كبديل جديد للمناهج المعيارية للإرشاد النفسي المدرسي (Bonnington,1993 , Bruce,1995 , Lafountain Et Al,1996 , Murphy,1994). يمكن تلخيص ما يميز الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل بالنسبة للمرشدين النفسيين في المدرسة – طرق الإرشاد التقليدية – كما يلي (Marphy,1994) :

1- هو منهج القدرات، حيث يركز على ما يفيد وما هو استثناء للمشكلات، ولذا يعزز من العلاقات التشاركية مع الطلاب، والوالدين، والمعلمين، والهيئة.

2- محدود في الوقت، ويركز على الحاضر والمستقبل، وليس على الماضي.

3- هدفه ذو التغيرات البسيطة الدقيقة (مثل زيادة الحضور في المدرسة، وحل الصراع) أكثر واقعية من الأهداف الأكثر طموحاً مثل تغيير الشخصية.

4- يعترف بأهمية وعي الطلاب بالحاجة للتغيير كشرط للتغيير.

وصف بروس (1995)، ومورفي (1994) المهام المرتبطة بالإرشاد الموجز المتمركز حول الحل في المدارس تحقيق - أولاً - علاقة إرشادية موجبة، وهو شئ بالطبع هام بغض النظر عن المنهج المستخدم. ثانياً، لابد أن يقيّم المرشدون النفسيون في المدرسة المشكلة بلغة سلوكية دقيقة، ويحددوا الاستثناءات للمشكلة (مثلاً : متى لا تحدث المشكلة). ثالثاً، لابد أن يحدد المرشدون النفسيون في المدرسة هدفاً قصير المدى يمكن أن يحققه التلميذ بنجاح، رابعاً، لابد أن يسهبوا فيما كان مفيداً في الماضي (استثناءات المشكلة الذي تم تحديدها في الخطوة رقم 2)، واستخدام هذه المعلومات لتنمية منهج جديد للتلميذ - خامساً، لابد أن يقيّم المرشدون النفسيون المنهج الجديد مع طرق مثل أسلوب القياس (على مقياس من 1-10، حيث يعطى "1" للأسوأ، و "10" للأفضل، وكيفية تقييم المواقف الآن؟) وعمل أي تغيرات في المنهج الجديد إذا لزم الأمر. سادساً، ينبغي عليهم مساعدة التلاميذ في استخدام الطريقة الموجزة المتمركزة حول الحل للتعامل مع المشكلات في المستقبل. هناك بحوث قليلة فقط هي التي قيمّت فعالية الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل. وجد ليترل ورفاقه (1995) أن الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل (جلسه واحدة مع طلاب المدرسة الثانوية) فعّال كإرشاد موجز متمركز حول المشكلة في الحد من درجة المشاعر غير المرغوب فيها، ولكن الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، والأشكال الأخرى من الإرشاد الموجز تقدم كثيراً للمرشدين النفسيين في المدرسة الذين يواجهون الطلاب باستمرار - والذي ينبغي عليهم تقديم الخدمات الإرشادية لهم.

الملحوظة الشخصية التالية تصف نموذجاً للإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، والذي قمتُ بإعداده :

ملحوظة شخصية

لقد أعددتُ نموذجاً بسيطاً من ثلاث مراحل للإرشاد الموجز المتمركز حول الحل يستند إلى مبدأ التشجيع عند آدلر. لكل مرحلة خطوتين. على الرغم من أن النموذج يناسب - بشكل جيد - الإرشاد النفسي المدرسي، إلا أنه يمكن استخدامه في أماكن أخرى. فيما يلي عرض لهذه المراحل الثلاث :

المرحلة الأولى : الاحتفال بالنجاح

ينطوي الاحتفال بالنجاح على تحديد المرشد النفسي لما هو مفيد، واستثناءات المشكلة، والقدرات، الأخبار السارة، وهكذا. أنا أربط " الاحتفال بالنجاح " مع أخذ صورة عقلية لشئ ما قاله التلميذ أو فعلة. معاً (بعد إذن التلميذ)، يتقاسم المرشد النفسي والتلميذ النجاح مع آخرين مثل الوالد، أو المعلم، أو مدير المدرسة.

المرحلة الثانية : تطبيق القدرات

في هذه المرحلة، يستكشف المرشد النفسي والتلميذ كيف يمكن استخدام قدرات التلميذ لمخاطبة

الأهداف الإرشادية (من الممكن أن يكون الاحتفال بالنجاح في المرحلة الأولى قدرات هامة). على سبيل المثال، التلميذ الذي يجد صعوبة في استكمال الأعمال المدرسية قد يدرك أن من المهم الاستماع إلى المعلم.

المرحلة الثالثة : خلق الأمل والتشجيع

في المرحلة الأخيرة، يعزز المرشد النفسي الأمل والتشجيع من خلال خلق ارتباط بين الجهد والنجاح: "عندما تعمل بجد، سوف تحدث له أشياء طيبة "، يمكن استخدام الأسلوب " الجملة الناقصة" لتعزيز ملكية التلميذ لرسالة التشجيع (اجعل التلميذ يقول النصف الآخر من الجملة: "أشياء طيبة سوف تحدث.........). التشجيع يعزز فعالية الذات (روح "أستطيع أن أفعلها")، ويعزز التنبؤ بالنجاح.

استخدام التكنولوجيا Use Of Technology

إن التحديات التي تقدمها التكنولوجيا تشتمل على الصعوبات الفطرية في محاولة التماشي مع المتغيرات المتصاعدة (مثلاً : الكمبيوتر الذي اشتريته على سبيل المثال، أصبح قديماً). ولكن التكنولوجيا تخلق فرصاً بالإضافة إلى أداء وظيفة المرشد النفسي المدرسي بشكل أفضل وبشكل أكثر فعالية. موجه المستقبل لتلقي حالة وفن البرامج الإرشادية للطلاب تشتمل على تقنيات مثل تأليف الوسائط المتعددة (استخدم أكثر من وسيط في ان واحد - تجهز الصور، إنتاج الرسومات، تحرير الصوت، والنمذجة ثلاثية الأبعاد) (Gerler,1995).

إن إمكانات استخدام التكنولوجيا في الإرشاد النفسي المدرسي لا حدود لها على سبيل المثال، يمكن أن يستخدم الطلاب الأسطوانات، الانترنت، والتقنيات الأخرى لأخذ دور فعال ونشط في الإرشاد النفسي باستكشاف موضوعات مثل الاستكشاف المهني، الاعتماد على المخدرات والكحوليات، والتحامل (Casey,1995).

هناك عدد كبير من المرشدين النفسيين في المدارس يرون أن الانترنت يمكن أن يكون أداة ممتازة للتواصل مع المرشدين النفسيين في المدارس الأخرى فيما يخص قضايا تتراوح ما بين النظرية الإرشادية إلى القضايا الحاسمة التي يواجهونها في حياتهم اليومية (Gerler,1995).

كما أن المرشدين النفسيين التربويين قد وسّعوا من استخدامهم للتقنيات في المدارس. يمكن أن يكون البريد الاليكتروني أداة مفيدة في الإشراف على الطلاب، حيث من خلاله يمكن إرسال المعلومات على الفور ومباشرة إلى المشرف بدون الحاجة إلى انتظار الإشراف الأسبوعي، أو الاتصال التليفوني (Myrick & Sabella ,1995). أيضاً، يساعد الإشراف عبر البريد الإليكتروني الطلاب في أن يكونوا بارعين في وصف ما يحدث في حالة معينة، ويسهم في التركيز على الإشراف الإرشادي (Myrick & Sabella , 1995).

الخلاصة

الإرشاد النفسي المدرسي مجال ديناميكي متحد، ضمن مهنة الإرشاد النفسي. يمكن فهم الإرشاد النفسي المدرسي بشكل أفضل داخل سياق النموذج النمائي الشامل من الروضة إلى الصف الثاني عشر. في عام 1990، دعمت الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي هذا النموذج في مقولة الدور المعدّل، حيث تشير إلى أن المرشدين النفسيين في المدرسة ينخرطون في الإرشاد الشخصي، وإرشاد المجموعات الصغيرة، وتوجيه المجموعات الكبيرة، والاستشارة، وأنشطة التنسيق. حديثاً، وضعت الجمعية الإرشادية للإرشاد النفسي المدرسي المعايير الوطنية والنموذج الوطني للإرشاد المدرسي. هذه المؤسسات الجديدة أصبحت روح العصر لمهنة الإرشاد النفسي المدرسي.إن دور الاستشارة والخطوط الإرشادية لإرشاد الطلاب الاستثنائيين، والطلاب ذوي المشكلات الخاصة : الاعتماد على المخدرات، حمل المراهقات، الوالد الواحد، التسرب الدراسي قد لاقى اهتماماً كبيراً في الإرشاد النفسي المدرسي. فيما يبدو أن الإرشاد النفسي المدرسي عند مفترق الطرق.

تشير العديد من الدراسات إلى أن هناك حاجة إلى تغيرات حتى - يتقدم بنجاح كمهنة. تشتمل بعض هذه التغيرات على التأثير، وتعزيز الاشتراك مع الأسرة والمجتمع المحلي، وأخذ المسؤولية القيادية عن البرامج التشريعية مثل المادة 504، وقانون التعليم للأفراد ذوي الصعوبات، وقانون التعليم للجميع، وقانون المسؤولية التربوية والاجتماعية للتأمين الصحي، وزيادة الخدمات المباشرة والتقليل من الأنشطة التلقينية، والانخراط في أنشطة بناء التصوّر. بالإضافة إلى ذلك، لابد أن يعرف المرشدون النفسيون في المدارس الاتجاهات الناشئة مثل دمج الإتجاه متعدد الثقافات، واستخدام الإرشاد الموجز المتمركز حول الحل، والاستخدام الفعال للتكنولوجيا. يشير النموذج القومي للجمعية الأمريكية للمرشد النفسي المدرسي إلى أن على المرشدين النفسيين في المدرسة تحقيق قاعدة عريضة تشتمل على القيادة، والدفاع، والتشارك / الفريق، والتغيير المنظومي لضمان أن أمام كل الطلاب الفرص للنجاح في التعلم المدرسي.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هي التحديات والفرص في مجال الإرشاد النفسي المدرسي؟

2- ما هي التحديات الرئيسية التي تواجه الأطفال / المراهقين اليوم، وكيف يمكنك مخاطبتها لو كنت مرشداً نفسياً مدرسياً؟

3- لو كنت مرشداً نفسياً مدرسياً، ما هو المستوى الذي تحب أن تعمل فيه (ابتدائي، متوسط، ثانوي)، ولماذا يروق لك هذا المستوى؟

4- كيف يمكن تحسين التعليم المدرسي، وما هو دور المرشد النفسي المدرسي في هذه العملية؟

الفصل 15

الإرشاد النفسي للصحة النفسية

إطلالة على الفصل

هذا الفصل يقدم استعراضاً للإرشاد النفسي للصحة النفسية، ويتناول الموضوعات التالية :

- فن وعلم الإرشاد النفسي للصحة النفسية .
- القضايا المهنية للمرشدين النفسيين في الإرشاد النفسي للصحة النفسية ، بما في ذلك المنظمات ، والشهادات المهنية
- دور ووظيفة المرشد النفسي في الإرشاد النفسي للصحة النفسية ، بما في ذلك إستراتيجيات التدخل المباشر وغير المباشر .
- فئات خدمات الصحة النفسية :" مشكلات الحياة" ، والاضطرابات النفسية
- العملاء الانتحاريون
- الإرشاد النفسي للاعتماد على المخدرات
- الإرشاد النفسي لمشكلات الشيخوخة
- الاتجاهات والمناظير

فن وعلم الإرشاد النفسي للصحة النفسية

THE ART AND SCIENCE OF MENTAL HEALTH COUNSELING

الإرشاد النفسي للصحة النفسية فن وعلم في آن واحد . فهو فن للمرشدين النفسين في التكيف مع متطلبات إصلاح الرعاية الصحية (مثل الرعاية المضبوطة)، والاستمرار في تقديم خدمات الصحة النفسية عالية الجودة. أحد التحديات المرتبطة بهذه العملية هي الحفاظ على اللب الفلسفي للإرشاد النفسي للصحة النفسية (المنظور النمائي / الوقائي)، في حين يُنظر إليه على أنه المموّل الحيوي لمنظمات الرعاية المضبوطة التي تميل إلى التركيز على تخفيف الأعراض. بالإضافة إلى ذلك، من الفن بالنسبة للإرشاد النفسي للصحة النفسية أن يقوم بعمل تغيرات مناسبة في توجهه الفلسفي والنظري لينضم مع الاتجاهات الحديثة ما بعد المعاصرة، والقضايا ذات الصلة بالتنوع.

لابد للمرشدين النفسيين في مجال الإرشاد النفسي للصحة النفسية أن يسعوا لتنمية طرق جديدة ومبتكرة لمخاطبة تحديات الأفراد الذين يقدمون لهم الخدمة (مثلاً: المسترشدون ذوي الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب الحاد، والفصام، والاعتماد على المخدرات)؛ ويفعلون ذلك من خلال الخصائص الشخصية المتمثلة في الصبر، والتواضع، والرفق، والتعاطف. ولكي يكون المرشدون النفسيون مؤثرين، لابد أن يتأثروا وجدانياً بعملائهم، وبالعملية الإرشادية.

ومع ذلك، لكي يكون فن الإرشاد النفسي المثقل وجدانياً فعالاً، لابد أن يتزن بواسطة الإتجاه العلمي. من الممكن أن يقتحم المرشدون النفسيون حياة عملائهم، الأمر الذي يحجب الحدود، ويقوّض الموضوعية المهنية اللازمة. هناك العديد من الممارسات الموضوعية التي تسهم في علم الإرشاد النفسي، على سبيل المثال، أدوات القياس، الاختبارات النفسية، والمقابلات الإكلينيكية. من الممكن أن تكون استراتيجيات البحوث الكمية والنوعية مفيدة في تعزيز المنظور العلمي في الإرشاد النفسي للصحة النفسية أن يعود ويقيّم ما يحدث في العملية الإرشادية، وتقديم اتجاه جديد للمبتكرات في النظرية والممارسة، وتحديد فعالية خدمات الصحة النفسية المُقدّمة.

القضايا المهنية PROFESSIONAL ISSUES

الإرشاد النفسي للصحة النفسية مهنة يقوم بها المرشدون النفسيون للصحة النفسية، ودور وظيفي يؤديه العديد من أفراد مهنة المساعدة مثل المرشدون النفسيون، والأخصائيون النفسيون، والمعالجون النفسيون، والممرضات في الطب النفسي، والأخصائيون الاجتماعيون. يمكن تعريف المرشدين النفسيين للصحة النفسية بأنهم هم الأفراد الذين "يُعد الإرشاد النفسي هو انتسابهم الرئيسي وقاعدتهم النظرية، وليس الطب النفسي، أو علم النفس، أو العمل الاجتماعي" (PAL-MO,1986,P.41). مهنة المرشد النفسي للصحة النفسية هي الجزء الأسرع نماءً في مجال الصحة النفسية (DINGMAN,1988)، حيث إن 57% من وكالات الصحة النفسية بها مرشد نفسي للصحة النفسية (BURTNETT,1986)، يتعامل المرشدون النفسيون للصحة النفسية مع القضايا الأكثر صعوبة، بما في ذلك التدخل ضد الأزمة (IVEY,1989)، ومن ثم أصبحوا جزءً متمماً لنظام تقديم الصحة النفسية.

إلى وقت قريب، لم يكن للمرشدين النفسيين للصحة النفسية منظمة مهنية. في عام 1976، أسست الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والتنمية – والتي تسمى الآن الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي – قسماً خاصاً أطلقت عليه الجمعية الأمريكية لمرشدي الصحة النفسية النفسيين. ومع حلول عام 1985، أصبحت هذه الجمعية أكبر قسم في الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي والتنمية. وفي عام 1998، انفصلت الجمعية الأمريكية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية عن الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي لتعزيز الحالة المهنية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية (COLANELO,2009).

منذ بدئها، باشرت الجمعية الأمريكية للمرشدين النفسيين بالصحة النفسية بالعديد من الأنشطة التي أسهمت في الهوية المهنية للمرشد النفسي للصحة النفسية. تشتمل أهم إسهاماتها على وضع الميثاق الأخلاقي للمرشدين النفسيين للصحة النفسية. والذي تم مراجعته في عام 2000، والنشر في مجله الإرشاد النفسي للصحة النفسية، وهي مجلة تقدم معلومات عن النظرية، والبحوث، والممارسة للإرشاد النفسي للصحة النفسية، وتقدمت حركة الرخصة للمرشد النفسي للصحة النفسية في كل الولايات، وحققت معايير قومية لتدريب المرشد النفسي للصحة النفسية.

وبحلول عام 2004، كان هناك 80.000 مرشد نفسي للصحة النفسية معه رخصة (أيضاً يطلق عليهم المرشدون النفسيون المهنيون المرخصون، والمرشدون النفسيون المرخصون في الصحة النفسية). أما عن عام 2009، أصدرت كل الولايات والمقاطعات في كولومبيا، جوام، بلورتوريكو قوانين للتراخيص للمرشدين النفسيين للصحة النفسية. وفي عام 1988، تم إعداد معايير الإعداد القومية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية لضمان التدريب المهني الكافي، والاعتراف الكافي في نظام تقديم الرعاية الصحية (مثلاً: أهلية الإرشاد النفسي للصحة النفسية لتأمين التعويضات والمشاركة في الرعاية المضبوطة). (SMITH & ROBINSON, 1995). تضم المعايير الإكلينيكية القومية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية ما يلي: لابد أن تخرج الأفراد من برنامج معتمد من لجنة الاعتماد للبرامج الإرشادية والتعليمية ذات الصلة، أن يكون لديهم 3000 ساعة خبرة في مجال الصحة النفسية، لديهم 100 ساعة إشراف مباشر وجهاً لوجه، يلتزمون بمعايير لجنه الاعتماد للبرامج الإرشاد والتعليمية ذات الصلة فيما يتعلق بالممارسة الإكلينيكية والميثاق الأخلاقي، ينجحون في الاختبار الكلينيكي، لديهم عينات عمل عن الإرشاد النفسي تمت مراجعتها بنجاح (مثلاً أشرطة فيديو)، يستوفون متطلبات الرخصة في الولايات التي يقطنون فيها (smith & Robinson ,1995). يعمل المرشدون النفسيون للصحة النفسية في مواقع عدّة، بما في ذلك العيادات الخاصة، ومراكز الصحة النفسية في المجتمع المحلي، المستشفيات، مراكز الكحولات والمخدرات، ووكالات الخدمة الاجتماعية، وفي الأعمال والصناعة (brooks & Gerstein ,1990).

في عام 1980، كان هناك تحولٌ واضح في مواقع العمل للمرشدين النفسيين للصحة النفسية (Hershenson & power ,1987). على سبيل المثال، في عام 1987، كانت أعلى نسبة (39%) للجمعية الأمريكية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية الذين عملوا في مراكز الصحة النفسية في المجتمع المحلي، 18% في العيادات الخاصة، والبقية في العديد من المواقع الأخرى، بما في ذلك مراكز الإرشاد النفسي الجامعية، وكأساتذة في الجامعة (weikel & taylor,1979). في عام1985، عمل 22% من أعضاء الجمعية الأمريكية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية في العيادات الخاصة، 13% في المراكز الخاصة، 13% في الجامعات والكليات، 11% فقط في مراكز الصحة النفسية في المجتمع المحلي، والباقون في مواقع أخرى مثل وكالات التأهيل والولايات والحكومة المحلية (wei-kel,1985). لقد أصبح الاتجاه نحو الممارسة الخاصة هو موقع العمل المهيمن لأعضاء الجمعية الأمريكية للمرشدين النفسيين للصحة النفسية، واستمر ذلك حتى التسعينيات من القرن الماضي.

أظهرت العديد من الدراسات الأخرى أن نسبة كبيرة من المرشدين النفسيين للصحة النفسية يعملون في مراكز تعاطي المخدرات (Holes et al .,1988,Richardson,1985). النسبة الأكبر للمتخصصين المهنيين الذين يعملون في مراكز تعاطي المخدرات هي من حاملي درجة الماجستير في الإرشاد النفسي أو الماجستير في العمل الاجتماعي (Hoise et al.,1988). بالإضافة إلى ذلك، من المحتمل أن يكون المرشدين النفسيين للصحة النفسية مخرجين للبرامج أكثر من غيرهم ممن يعملون في أفرع المعارف الأخرى (Hoise et al.,1988).

إن من الضروري استمرار الإرشاد النفسي للصحة النفسية في الظهور بأسلوب يتطابق مع الحاجات والتحديات المتغيرة للمجتمع. لابد أن يستمر المرشدون النفسيون للصحة النفسية في تلقي التدريبات في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية، وهذه التدريبات ينبغي أن تؤكد على الإتجاه الوقائي / النمائي. كما يعترفون أيضاً أن مهارات التخصص (مثل الإرشاد الأسري والزواجي) يمكن أن تعزز من وجهة نظر المرشدين النفسيين للصحة النفسية داخل مجتمع الرعاية الصحية (smith & Robinson ,1995) . في عصر يتسم بالتغير السريع داخل نظام الرعاية الصحية، يبدو أن الإرشاد النفسي للصحة النفسية يتوازن ليتلقى القبول والاعتراف كممول للصحة النفسية، ومن هذا المنظور، يبدو أن الإرشاد النفسي للصحة النفسية بديل منتج نسبة للتكلفة في النظم الأخرى المتخصصة بتقديم الصحة النفسية، ولذا، فإنه جذّاب لمنظمات الرعاية المضبوطة.

دور ووظيفة المرشدين النفسيين للصحة النفسية

THE ROLE AND FUNCTION OF MENTAL HEALTH COUNSELORS

يقوم المرشدون النفسيون للصحة النفسية بأداء نفس المهام التي يقوم بها الممارسون الآخرون في الصحة النفسية مثل المرشدين النفسيين في الإرشاد الزواجي والأسري، والأخصائيين الاجتماعيين، والأخصائيون النفسيون (Nisholas et al.,1988)، بما في ذلك الخدمات النفسية التربوية، والخدمات الإكلينيكية أو المباشرة، والإشراف، والتطبيق، وإعداد البرامج، والاستشارة. هناك مهتمان لا يود المرشدون النفسيون للصحة النفسية الانخراط فيهما، وهما تقييم البرامج، والبحوث، وهما مهمتان يقوم بهما المرشدون النفسيون في درجة الدكتوراه، وعلماء النفس (Nicholas et al .,1988).

على الرغم من أن الممارسين للصحة النفسية يقومون بنفس المهام، إلا أن فلسفاتهم العلاجية تختلف عن تلك الفلسفات الخاصة بالممارسين الآخرين (brooks & Gerstein ,1990). يتبنى المرشدون النفسيون للصحة النفسية أيضاً وجهة نظر نفسية تربوية، ونمائية، ووجهة نظر تتعلق بالأمراض النفسية، يستخدم المعالجون النفسيون في العلاج الأسري والزواجي توجهاً نظامياً، ويعتمد الأخصائيون النفسيون على إطار مرجعي نفسي علاجي، ويلتزم الأخصائيون الاجتماعيون بالإتجاه (المنظور) الاجتماعي (brooks & Gerstein,1990). أيضاً تتباين نظم الصحة النفسية وفقاً للتوجّه النظري : يعرّف المرشدون النفسيون للصحة النفسية أنفسهم بشكل أساسي ضمن الإتجاه النمائي، بينما يلتزم الأخصائيون النفسيون بالنموذج الطبي / العلاجي، ويركز الأخصائيون الاجتماعيون على البيئة (ivey,1989). وفقاً لجينتر (1996) ، فإن الأعمدة الفلسفية الثلاثية للإرشاد النفسي للصحة النفسية هي أن الإرشاد النفسي وسيط بينشخصية في سياقه، ويعترف بأهمية الوقاية والعلاج، كما له إتجاه نمائي.

هناك جدّل دائم داخل مهنة الصحة النفسية يتعلق بصدق النموذج النمائي - الوقائي مقابل النموذج الطبي، والذي يؤكد على التشخيص والعلاج (Messina,1999). يمكن أن يعود النموذج

النمائي العلاجي إلى برامج التخرج التدريبية في الإرشاد النفسي للصحة النفسية. يقترح ميسينا (1999) أن التراث النمائي الوقائي قد يكون عامل كبح لمهنة الصحة النفسية. من الواضح أن الرعاية المضبوطة تكافئ الأطباء المعالجين الذين يتبنون النموذج الطبي.

المرشدون النفسيون للصحة النفسية الذين لا يلتزمون بالنموذج الطبي قد يكونوا محرومين من المنافسة مع الأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين الذين يعززون من قدرتهم على تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية. ومع ذلك، من المفيد للمرشدين النفسيين للصحة النفسية، وصناعة الرعاية المضبوطة عمل توازن بين الوقاية والعلاج. على سبيل المثال، تؤكد الرعاية المضبوطة على التخفيف من الأعراض أكثر من العلاج الشامل للاضطرابات، ولكن الوقاية الثالوثية تنطوي على تقديم برامج علاجية شاملة لأمراض مثل الاكتئاب، ومن خلال ذلك يمنع المشكلات المستقبلية. هناك حاجة إلى بحوث وتقييم مستمرين لتشكيل هوية المرشدين النفسيين للصحة النفسية في مظهر دائم التغيّر لخدمات الصحة النفسية وأن يحاولوا مخاطبة ثلاث تحديات واسعة ومتداخلة.

أولاً، يواجه المرشدون النفسيون للصحة النفسية بالمطالبة حقهم كمقدمين لخدمات الصحة النفسية في بيئة الرعاية الصحية ذات الموارد القليلة. يمكن تلافي هذا التحدي مع الدعم المستمر لتصريح والاعتراف بالإرشاد النفسي للصحة النفسية، والاستفادة منه بواسطة مقدمي الرعاية المضبوطة. أما التحدي الثاني فيتمثل في نقل المسؤولية التربوية التحسين الموثق للمسترشد. البحوث والتقييم سوف يلعبان الدور الرئيسي في هذه العملية. ثالثاً، المرشدون النفسيون للصحة النفسية لابد أن يتكيفوا بفعالية مع التغيرات في مجال الصحة النفسية في نواحي التكنولوجيا، والتنوع، وإصلاح الرعاية الصحية. إن تحسين ونشوء الإرشاد النفسي للصحة النفسية سوف يمكّن هذه المهنة من الاستمرار في أن تكون خدمات حيوية في نظام تقديم الصحة النفسية.

استراتيجيات التدخل المباشرة Direct Intervention Strategies

إن تقديم استراتيجيات التدخل المباشرة وغير المباشرة يقع في قلب دور ووظيفة المرشدين النفسيين للصحة النفسية. يقدّم المرشدون النفسيون للصحة النفسية خدمات لمسترشدون من مجالات عديدة للاضطرابات العقلية (west et al.,1988). هذا الجزء يخاطب استراتيجيين للتدخل مباشرة شائعتا الاستخدام، وهما: الإرشاد النفسي، والتدخل من أجل الأزمة.

الإرشاد النفسي: يستخدم المرشدون النفسيون للصحة النفسية مدى واسعاً من الإستراتيجيات الإرشادية المباشرة مثل الإرشاد الفردي، والإرشاد الجمعي، والإرشاد الأسري والزواجي، والإرشاد النفسي للاعتماد على المخدرات. (Nejedlo et al.,1985 , Spruill & fong,1990 , West et al.,1988). بالإضافة إلى ذلك، حدث تحوّل في التركيز في الإرشاد النفسي للصحة النفسية من المناهج الوقائية إلى الخدمات الإرشادية المباشرة للإرشاد النفسي الفردي، والجمعي، والأسري (Spruill & fong,1990).

التدخل من أجل الأزمة: يقدّم المرشدون النفسيون للصحة النفسية أيضاً خدمات التدخل من أجل الأزمة (IVEY,1989 , WEST ET AL.,1988). ليس التدخل من أجل الأزمة مثل الإرشاد النفسي، على الرغم من أنه إستراتيجية مساعدة (GOORGE & CHRITIANI ,1995)، حيث أن تركيزه ضيق ومصطنع، وهدفه متواضع، وفترته الزمنية محدودة مقارنة بالإرشاد النفسي. فيما يلي نقدم نموذجاً من أربعة مراحل للتدخل من اجل الأزمة : أول خطوة تتمثل في تحديد ما إذا كان المسترشد يمر بأزمة. تحديد ما إذا كان التدخل من أجل الأزمة ضروري، لابد في البداية أن يقرر المرشد النفسي ما إذا كان المسترشد يمر بأزمة شخصية. تعرف الأزمة بأنها "إدراك حدث ما أو موقف ما على أنه صعوبة لا يمكن تحملها وتفوق موارد الفرد وآليات المجابهة" (GILLILAND & JAMES ,1997,P.3). هناك خمسة عوامل ترتبط بالأزمة (PURYEAR,1979)، وهي :

1- أعراض الضغوط تسفر عن اضطراب جسمي ونفسي.
2- يشعر المسترشد بوجدانيات حادة مثل الشعور بعدم الكفاية، والعجز، والرعب، أو الاهتياج.
3- المسترشد أكثر قلقاً واهتماماً بشأن الحصول على التخفيف من الأعراض من المشكلة التي تسببت في الأعراض.
4- ضعف قدرة المسترشد على الأداء بشكل فعال.
5- تحدث المشكلة خلال فترة قصيرة من الزمن.

ينبغي أن يستخدم المرشد النفسي مهارات الاستماع أثناء **المرحلة الأولى** من التدخل من أجل الأزمة للحصول على فهم ظواهراتي عن المسترشد (GILLILAND & JAMES,1997)، وهذا يمكن أن يفيد أيضاً المرشد النفسي في تحديد ما إذا كان المسترشد حقاً يمر بأزمة أم لا، وسوف يمكّن المرشد النفسي أيضاً من تحقيق علاقة الألفة، وتوصيل الدعم للمسترشد.

أما **الخطوة الثانية** في التدخل من أجل الأزمة، فتنطوي على التقييم، باستخدام إجراءين منفصلين. أولاً، لابد أن يقيّم المرشد النفسي حدة الأزمة في قدرتها على إحداث الضرر للمسترشد والآخرين. إن الهدف الرئيسي للتدخل من أجل الأزمة هو تجنب الكارثة التي ربما يُصاب فيها الفرد بأذى (GILLILAND & JAMES,1997)، أما الإجراء التقييمي الثاني، فينطوي على تحديد ما إذا كان المسترشد قادراً عقلياً على أخذ دور نشط في حل موقف الأزمة. هناك أداة مفيدة في هذه العملية وهي اختبار الحالة العقلية (OTHMER & OTHMER , 1989)، والذي يمكن أن يفيد أيضاً في تحديد ما إذا كان المسترشد موجّه نحو الفرد، والمكان، والوقت، ومحرر من الهلوسات، وقادر على التفكير المترابط. عندما يبدو على المسترشد عدم القدرة على اتخاذ القرار الواقعي، قد يحتاج المرشد النفسي إلى أن يأخذ دوراً أكثر نشاطاً في عملية التدخل من أجل الأزمة.

أما **الخطوة الثالثة** في نموذج التدخل من أجل الأزمة، فتتمثل في الفعل أو الحدث. أثناء الأزمة، هناك بعض أشكال الأفعال المطلوبة، لاستعادة التوازن إلى المسترشد. الجزء المهم في هذه العملية هو

تقديم الراحة. على سبيل، إذا كان المسترشد يفكر في الانتحار، قد يعمل المرشد النفسي مع أفراد الأسرة لترتيب إيداع المسترشد في المستشفى .

متى تحققت للمسترشد الراحة وتم استرجاع التوازن، يمكن تطبيق الإستراتيجيات الإرشادية. يمكن أن يحدد المرشد النفسي العوامل المسببة المرتبطة بالأزمة، ومساعدة المسترشد في التغلب على هذه المشكلات في المستقبل.

أما **الخطوة الرابعة والأخيرة**، فتنطوي على المتابعة. يمكن أن يرجئ المسترشدون ردود الفعل نحو الأزمة، والتي يمكن أن تحدث بعد وقوع الحدث بأسابيع أو بشهور (CAVANAUGH,1982). لذا فمن المهم الأهمية بمكان الترتيب لخدمات المتابعة الإرشادية.

الملحوظة الشخصية التالية توضح التدخل من أجل الأزمة

ملحوظة شخصية

وصلت ماري إلى عيادة الصحة النفسية التي كنت أعمل بها كمرشد نفسي، وقالت أنها تعاني من مشكلات في النوم، وتريد أقراص منومّة. كان يبدو عليها الاهتياج، وكانت تذرف عيناها دموعاً، وكانت تتحدث بنبرة صوت رتيبة. وعلى الفور تبين أن الأمر في عقلها وليس في نومها. فقد بدأت تتحدث عن علاقة جنسية محرمة قام بها زوجها، وقالت أنه بسبب " معتقداتها الدينية " من الضروري أن تقتل أطفالها الثلاثة، وتقتل نفسها، وكان لديها ما يبرر ذلك، وهو أنه مادام زوجها قد وقع في علاقة جنسية محرمة، إذاً، ليس من حقه أن يتعامل مع أسرته.

طلبت منها أن تخبرني عن أي دين يريد منها قتل أولادها نفسها. عند هذه النقطة، بدأت ماري وكأنها تهيم على وجهها بشكل غير متماسك. أظهر اختبار الحالة العقلية الموجز أنها موجهّة نحو الفرد، والمكان - فقد كانت تعرف من هي، وأين هي - وليس موجهة نحو الزمن - فلم تعرف اليوم، ولا الشهر، ولا السنة. لم يكن هناك من دليل على هلوسات، ولكن تضليل، حيث تصف نفسها بأنها " المنقذ" للأسرة. فقد نوت أن تقتل نفسها وأطفالها " لتنقذهم " من خطيئة زوجها.

بعد ذلك، استكشفت خطورة تهديدها الانتحاري، واكتشفت أن معها بندقية لإستخدامها. نظراً لأن ماري كان لديها خطة، وطريقة لتنفيذها، فقد رأيت أن هذه أزمة تحتاج إلى فعل فوري. فقد شعرت بالقلق والاهتمام بشأن سلامة ماري وأطفالها، وقررت أن من الأفضل إيداعها في المستشفى لتتلقى العلاج في الصحة النفسية، ويتم حمايتها من أن تؤذي نفسها وأطفالها.

أكدتُ لماري أنها لابد أن تودع في المستشفى من أجل سلامتها وسلامة أطفالها. نظراً لعدم وجود متخصص في الصحة النفسية في المكان الذي كنت اعمل فيه، لم استطع الإصرار على أن يتم إيداعها في المستشفى. لحسن الحظ، وافقت ماري على أن يتم إيداعها في المستشفى لعدة أيام، خلال اليومين الأوليين، كانت تنام كثيراً، وكانت تستيقظ فقط من آن لآخر طلباً للشراب. بعدما استراحت، ذكرت أنها شعرت بالتحسن وأنها أفضل الآن. على الرغم من أن ماري مازالت غاضبة في ذلك الوقت من زوجها، إلا أنها أدركت أن قتل نفسها وأولادها لا يجدي شيئاً. قبل ما أن تخرج ماري من المستشفى، اتفقت معي على موعد من أجل الإرشاد الفردي والزواجي.

الإستراتيجيات الإرشادية غير المباشرة Indirect Intervention Strategies

حدد هيرشينسون وباور (1987) ستة أنشطة غير مباشرة ترتبط بدور ووظيفة المرشد النفسي للصحة النفسية، والتي يمكن اعتبارها استراتيجيات تدخل غير مباشرة من أشكال العلاج. فيما يلي استعراض لهذه الأنشطة :

الوقاية : تمثل الوقاية عكس المجابهة ضد الأزمة (BARCLAY,1984). إن الوقاية من الإضطرابات العقلية وتعزيز الصحة النفسية جزء متمم لعملية الصحة النفسية المجتمعية (MATUS & NEUHRING ,1979). من أمثلة التركيز الوقائي حركة الصحة الشاملة، التي تعزز أسلوب الحياة الصحي للوقاية من تفاقم المرض.

يحدد هيرسينسون وباور (1987) ثلاثة أنواع من الوقاية : الأولية، الثانوية، والثالوثية :

1- الوقاية الأولية انبثقت من نموذج الصحة العامة، وتشير إلى تقوية مقاومة أفراد معينين، وتجنب التأثيرات الضارة قبل أن تحدث تأثيراً (CAPLAN,1964). تحدث الوقاية الأولية قبل ظهور المشكلة، أو عندما تكون أعراضها يمكن ملاحظتها بشكل واضح (GILBERT,1982). فهي تقلل من عدد الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات صحة نفسية، ولذا، فإنها مظهر هام في أي برنامج أمل للخدمات الإنسانية (SHAW & GOODYEAR ,1984) . لسوء الحظ، جاءت الوقاية الأولية في المرتبة الأخيرة – من الناحية التاريخية – لكل الاستراتيجيات الأخرى لأن المواد تطبق – بدلاً منها – على الأفراد ذوي المشكلات الموجودة بالفعل.

2- الوقاية الثانوية تنطوي على برامج تحاول تحديد الأفراد المعرضة لخطر تفاقم مشكلات معينة، ثم وصفت الأنشطة العلاجية لمنع هذه المشكلات من الحدوث (MCMURTY,1985). على سبيل المثال، هناك بعض الاهتمام بالعمل مع الأطفال الكحوليين لحمايتهم من الوقوع في تعاطي الكحولات.

3- الوقاية الثالوثية تحاول تجنب النواتج الأخرى للمشكلة التي ظهرت (HERSHENSON & POWER ,1987). يضع النظام الحالي للصحة النفسية معظم جهوده في التدخل الثالوثي، حيث يركز على التخفيف من مشكلات الصحة النفسية الموجودة بالفعل.

وضع هاج ورفاقه (2007) 15 خطاً إرشادياً لأفضل وقاية يمكن أن يستخدمها الممارسون، والباحثون، والمرشدون النفسيون التربويون. فقد ذكروا أن هذه الخطوط الإرشادية الخمسة عشر ترتبط بقاعدة أو أكثر من القواعد الآتية :

- منع المشكلة قبل وقوعها.
- إرجاء حدوث المشكلة.
- التقليل من تأثير المشكلة.

- تقوية الاتجاهات، المعرفة، والسلوكيات التي تعزز الصحة النفسية والجسمية.
- تعزيز السياسات العامة التي تقوّي الصحة الجسمية والاجتماعية والوجدانية.

هذه الخطوات الإرشادية الخمسة عشر التي حددها هاج ورفاقه (2007) شاملة، ومذكورة بشكل واضح، وتدمج اتجاه (منظور) العدالة الاجتماعية / والثقافات المتعددة، وتقدم معايير يمكن استخدامها للسير بالمهنة قدماً في تقديم خدمات الوقاية. هذه الخطوط الإرشادية يمكن تلخيصها كالآتي :

1- الوقاية ترتبط بالتدخلات النشطة المؤثرة التي يمكن أن تقلل من، أو تزيل عوامل المخاطرة أو المشكلات القوية قبل حدوثها.

2- ينبغي أن تقوم التدخلات الوقائية على نظرية، وتؤيدها بحوث ثبت صدقها تجريبياً.

3- ينبغي أن تكون التدخلات الوقائية حساسة للثقافة ولها مدخلات من الأفراد المستهدفين الذين تقدم لهم الخدمات.

4- تعتبر التدخلات الوقائية بأن الضغوط النفسية ترتبط بالعوامل الفردية والمنظومية / السياقية التي تقوّض النمو الإنساني، والتنمية الإنسانية.

5- تهدف الإستراتيجيات الوقائية إلى تقليل المخاطر، وزيادة القدرات والعوامل الفعالة مدى الحياة.

6- تعترف الوقاية بدور البحوث في تعزيز علم الوقاية (مثلاً : تحديد العدالة الاجتماعية المرتبطة بالعنصرية).

7- تحتاج الوقاية إلى كفاءات في المناهج البحثية المختلفة.

8- تعترف البحوث الوقائية بالسياق البيئي في صياغة استراتيجيات الوقاية (الذهاب إلى ابعد من المنظور الفردي، وتضمين المنظور الإيكولوجي – الاجتماعي).

9- تعتبر البحوث الوقائية القضايا الأخلاقية، بما في ذلك الاعتراف بالتأثر السلبي القوي للتدخلات الوقائية.

10- يعتبر الباحثون الوقائيون تضمينات العدالة الاجتماعية لنتائج البحوث (مثلاً : لوم الضحايا على مشكلاتهم).

11- التربية الوقائية، والتدريب الوقائي يعززان مهارات المعرفة، والدراسة المرتبطة بالبحوث والممارسة الوقائية.

12- تشتمل التربية الوقائية، والتدريب الوقائي على التركيز على تنمية الوعي، والمعرفة، والمهارات المرتبطة بالوقاية.

13- ترتبط الوقاية بتصميم، وتعزيز، ودعم الخطوات الأولى التمهيدية النظامية التي تقلل من الضغوط والصعوبة النفسية.

14- ترتبط الوقاية بتصميم وتعزيز، ودعم التغيير المؤسسي للتقليل من الضغوط النفسية وتعزيز الصحة النفسية.

15- الوقاية موجهة نحو الدفاع السياسي - الاجتماعي الذي يعزز الصحة النفسية لقاعدة عريضة من الناس (مثلاً الوقاية من الإيدز، والفيروس الكبدي الوبائي سي).

على الرغم من الاعتراف الواضح بالوقاية كنوع من أنواع التدخل في الإرشاد النفسي للصحة النفسية، إلا أنها لم تدمج بشكل كافٍ في عملية التدريب أو الممارسة للمرشدين النفسيين للصحة النفسية (KISELICA & LOOK ,1993). هذا التناقض بين الفلسفة والممارسة ربما يرجع إلى نقص التبصر في "ماهية، وكيفية " التدخل. من الواضح أن مقدمي الصحة النفسية يعوزهم الفهم الواضح لماهية التدخل، وكيف ينخرط الأطباء المعالجون في هذا العمل. بالإضافة إلى ذلك، فيما يبدو أن المتدربين في الصحة النفسية مهتمون بالتدخلات العلاجية،مثل العلاج النفسي، أكثر من الوقاية. يشير كيسليكا ولوك (1993) إلى أنه على المرشدين النفسيين التربويين بذل جهود مستمرة لتقديم التدريب الكافي، والتأكيد على الوقاية، وأن المرشدين النفسيين للصحة النفسية يعملون معاً لجعل الوقاية الأولية الأسلوب الرئيسي للتدخل في الإرشاد النفسي. بالإضافة إلى ذلك، يوصي هذان الباحثان بأن الجهود المستمرة في حاجة إلى أن توجّه نحو تتبع المنح المالية من أجل الوقاية ، وأن مجلات مثل مجلة الإرشاد النفسي للصحة النفسية ينبغي أن تشتمل على بحوث عن الوقاية كأولوية أساسية.

الدفاع : الدفاع إستراتيجية تدخل غير مباشرة أخرى يستخدمها المرشدون النفسيون للصحة النفسية. الدفاع يعني الدفاع عن سبب شخص آخر والتتبع من خلال عمل لتأييد هذا السبب ((MYERS ET AL.,2002 " المرشد النفسي للصحة النفسية - المدافع هو ذلك الشخص المدّعم للمسترشد، والناجح، وهو البطل، وهو ممثل عن المسترشد - إذا دعت الحاجة - في المحكمة، والشرطة، والوكالة الاجتماعية، والمنظمات الأخرى التي تؤثر على السعادة النفسية للفرد . HERSHENSON & POWER ,1987,P.246))

كما ينبغي على المرشدين النفسيين أيضاً الدفاع عن مهنة الإرشاد النفسي بحيث يمكن أن يستفيد أكبر عدد من الأفراد من الخدمات الإرشادية. الدفاع شكل موجّه بالفعل من أشكال التدخل، والذي فيه يؤدي المرشد النفسي أو يقوم بعمل شئ من أجل المسترشد. وهذا من الممكن أن يكون له تأثير إيجابي على العلاقة الإرشادية في أن المسترشد قد ينظر إلى المرشد النفسي على أنه الشخص الذي تتم على يديه الأمور. يمكن أن يعمل المرشدون النفسيون للصحة النفسية كمدافعين بطرق عديدة، مثل العمل مع قسم الخدمات الإنسانية لضمان تلقي المسترشدون للفوائد التي من المفترض أن يحصلوا عليها.

حدد هيرشينسون وباور (1987) مهارات الدفاع الآتية على أنها هامة للمرشدين النفسيين للصحة النفسية :

الوقت: لابد أن يحدد المرشدون النفسيون الوقت الذي يدافعون فيه، ومتى يتركون المسترشد ليأخذ هو المبادرة، كقاعدة أساسية، ينبغي أن يتدخل المرشدون النفسيون عندما يصبح من الواضح عدم جدوى النظام للمسترشد، أو أن النظام يعمل ضد المسترشد.

الدعم : ينبغي أن يحصل المرشدون النفسيون على دعم النظام حتى يصبحوا قادرين على العمل بفعالية مع هذا النظام. ومن ثم، لا ينبغي أن ينأى المرشدون النفسيون بأنفسهم عن العمل المشترك، فهم أكثر نجاحاً عندما يعملون بأسلوب تعاوني، ولا يظهرون على أنهم يحاربون من أجل سبب آخر.

التوافق : للحفاظ على الدعم من النظام، ينبغي أن يكون المرشدون النفسيون مرنين، ولديهم الرغبة في التوافق. من الممكن أن منهج خذ – وهات – يقدّم حلولاً إبداعية للمشكلات المعقدّة.

التواصل : من الممكن أن تكون العديد من مهارات التواصل مفيدة في دور المدافع. فمن المهم أن تكون قادراً على الاستماع، وتوصيل الفهم لوجهات النظر المختلفة فيما يتعلق بالمسترشد، وهذا يمكن أن يعزز المنهج التعاوني. هناك مهارة تواصل أخرى قد تكون ضرورية ألا وهي التوكيدية. يحتاج المرشدون النفسيون للصحة النفسية – من آن لآخر – إلى أن يأخذوا مكانة توكيدية للحصول على النتائج المرغوب فيها. بشكل طبيعي، فإن هذا يمكن أن يحدث بأسلوب رعاية حتى يكون فعالاً.

الاستشارة : منذ صدور قانون الصحة النفسية المجتمعية في عام 1963، أصبحت الاستشارة سمه هامة في دور ووظيفة المرشد النفسي للصحة النفسية (KURPIUS,1978). ذكر القانون أن خدمات الاستشارة جزء ضروري في برامج الصحة النفسية المجتمعية للمستقبل (HERSHENSON & POWER ,1987). يُنظر إلى هذا التشريع على أنه محاولة لتوسيع خدمات الصحة النفسية ليشتمل على المناهج النمائية والوقائية (KURPIUS,1978).

يقدّم كابلان (1970) التعريف الآتي للاستشارة للصحة النفسية :

هي عملية التفاعل بين شخصين – متخصصين – المستشار، وهو المتخصص، والمستشير، وهو الذي يسعى في طلب المساعدة من المستشار فيما يتعلق بمشكلة عمل حالية، يجد فيها بعض الصعوبات، والذي رأى أنها ضمن مجال الكفاءة المتخصصة للآخر" (P.19). هذا التعريف الذي قدمه كابلان تم توسيعه ليشمل الاستشارة المهنة المتخصصة مع الواعظ مثل المرشد النفسي الذي يستشير مع الوالد (HANSEN ET AL ,. 1990). بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تنطوي الاستشارة على العمل مع الأفراد، والأزواج، والمجموعات، والأسر، والمؤسسات، والنظم الأكبر مثل المجتمعات المحلية (BROWN,1993).

يذكر براون (1993) أنه على الرغم من أن الاستشارة تحمل دوراً هاماً في الفلسفة الإجمالية

للإرشاد النفسي، إلا أنها ليست في أولويات المرشدين النفسيين التربويين أو المرشدين النفسيين. يقدّم براون العديد من التوصيات التي يمكن أن تزيد من الدور الذي تلعبه الاستشارة في كل جوانب مهنة الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد النفسي للصحة النفسية. أولاً، هناك حاجة لجهود أخرى إضافية تُبذل من أجل دمج الاستشارة في المنهج التعليمي للمرشد النفسي من حيث أعمال المنهج وخبرات العمل الميداني (مثلاً : لا ينبغي اعتبار الإستشارة والإرشاد النفسي أثناء التخطيط للعلاج). ثانياً، ينبغي على لجان التصاريح والاعتماد ضمان أن الأفراد والبرامج يظهرون أدلة على أنشطة ومهارات الاستشارة المناسبة. إن نقص الاهتمام بالاستشارة يتوازى مع ضعف استخدام الخدمات الوقائية بواسطة المرشدين النفسيين للصحة النفسية (Albee et al.,1993). لذا، يبدو من الضروري والمفروض الربط بين الوقاية والاستشارة، بحيث يمكن للمرشدين النفسيين تحقيق فهم أفضل لكيفية تعزيز الوقاية من خلال الاستشارة. من الواضح أن العلاقة المتداخلة بين النظرية، والبحوث، والممارسة فيما يتعلق بهذه المفاهيم يحتاج إلى تنمية أكثر.

التوسط: التوسط أحد الأدوار الجديدة للمرشدين النفسيين للصحة النفسية. تقدّم العديد من الولايات الآن خدمات التوسط لمساعدة الأفراد الذين يمرون بالطلاق (hershenson & power 1987,) . يُعرف التوسط بأنه "تيسير الاتفاق بين اثنين متنازعين أو أكثر من خلال جهة ثالثة متفق عليها" (witty,1980,p.4). ولها المكونات التالية: كل جهة توافق على الاستفادة من خدمات الوسيط، والنتيجة هي أتفاق يقوم به المتنازعون أنفسهم، حل الصراع تعاوني بدلاً من تنافسي، التركيز يكون على " إلى أين نذهب من هنا " كمقابل للنتيجة الخطأ، والإفصاح الذاتي والتعاطف يُعززان بدلاً من الخداع والتخويف، والقرارات تُفرض ذاتياً بدلاً من أن يفرضها الآخرون، تم تعزيز البدائل الإبداعية وليس مواقع الفوز أو الخسارة (Kessler,1979; koopman,1985). وصف كيسلر (1979) العملية الحقيقة للتوسط كاتخاذ قرار منظم يستمر عادة من جلسة إلى ثلاث جلسات. حدد هيرشينسون وباور (1987) الخطوات الثلاثة التالية التي يمكن أن يستخدمها المرشد النفسي للصحة النفسية لتقديم التنظيم والبنية لعملية التوسط :

1- في البداية يقدم المرشد النفسي البنية الضرورية من خلال تحقيق النغمة التعاونية، وضع القواعد، والحصول على تعهد بالعملية، وتقديم استعراض لما سيحدث (Kessler,1979).

2- في هذه المرحلة التخطيطية والإستراتيجية، يحصل الوسيط على استعراض للصراع من خلال مراجعة كل المعلومات المتاحة. ومع نهاية هذه الخطوة، يمكن أن يبدأ الوسيط في إعداد خطة محددة من الأفعال مع المتنازعين.

3- الخطوة الثالثة هي مرحلة حل المشكلة، والتي يعمل فيها الوسيط مع المتنازعين لمساعدتهم في الوصول إلى أتفاق معين. ربما يستخدم الوسيط العديد من الأساليب أثناء هذه العملية، بما في ذلك التفاوض، حل المشكلات الإبداعية، عمل لقاءات، ومؤتمرات خاصة. الاتفاق النهائي عادة ما يكتبه المتنازعون، بحيث يحصلون على سجل دائم لعملية التوسط.

المراقبة : المراقبة دور آخر جديد نسبياً للمرشدين النفسيين للصحة النفسية. تُعرف المراقبة بأنها العملية التي يقوم فيها شخص موثوق به، وذو خبرة بالاهتمام المباشر بتنمية تعليم شخص أصغر، وأقل خبرة (krupp,1982). أظهرت العديد من الدراسات أن للمراقبة تأثير إيجابي على المراقب، الأقل خبرة، والمؤسسة المعنية (lynch,1980 , valliant,1977). هناك العديد من الخطوط الإرشادية لتحقيق علاقة المراقبة، وتشتمل على المراقبة الطوعية، والقوانين الأقل، والحرية الأكثر، وتوقعات مشتركة ومتفق عليها بين المراقب والفرد الأقل خبرة، والمكافآت على جهود المراقب farren et) . al,1984)

التعليم : من الممكن أيضاً أن يعمل المرشد النفسي للصحة النفسية كمعلم، وهو دور ينطوي على إستراتيجيات التدخل المباشرة وغير المباشرة. التعليم عامل هام في أنواع الإستراتيجيات الموصوفة في هذا الجزء، كما هو مبيّن في الأمثلة التالية :

- يمكن أن يساعد المرشد النفسي المسترشد على أن يكون أكثر استقلالية.
- التدخل من أجل الأزمة قد يعّلم المسترشد كيف يتجنب الأزمات المستقبلية.
- تحدث الوقاية غالباً من خلال برامج تؤكد على المكّون التعليمي، مثل تعليم الوالدين.
- الدفاع يمكن أن يعّلم المسترشد كيف يكون توكيدياً بدون إبعاد الآخرين.
- قد تنطوي الاستشارة على برامج التدريب أثناء الخدمة التي تدّرس مهارات خاصة مثل كيف يتم تجنب الاحتراق النفسي.
- يمكن للتوسط مساعدة المسترشد في تعلّم كيف يحل الصراع بطريقة تعاونية.
- تقدّم المراقبة فرصاً للفرد الأقل خبرة للتعلم من الشخص الأكثر خبرة.

فئات خدمات الصحة النفسية

CATEGORIES OF MENTAL HEALTH SERVICES

معظم خدمات الصحة النفسية موجّهة نحو مساعدة المسترشدون الذين يتعاملون مع مشكلات المعيشة أو الذين لديهم اضطرابات عقلية. هذا الجزء يقدّم استعراضاً للقضايا الإكلينيكية المرتبطة بهاتين الفئتين من المشكلات التي يواجهها المسترشد:

مشكلات المعيشة أو الحياة Problems of Living

مشكلات الحياة تُعرف بأنها "الانحرافات أو الورطات الطبيعية التي تحدث للفرد خلال فترة حياته" (Hershenson & power,1987 ,p.87). مشكلات الحياة التي يواجهها المسترشدون تشتمل على صعوبات في العلاقات، مثل المشكلات الزوجية، نقص المعنى في الحياة، مثل عدم الإحساس بالقيمة في العمل، ومشكلات مرتبطة بالضغوط، مثل الأمراض السيكوسوماتية. على الرغم من أن

الاضطرابات العقلية قد تسهم في مشكلات الحياة إلا أن المسترشد يمكن أن يمر بهذه المشكلات بدون أن يكون لديه اضطراب عقلي واضح.

الإرشاد النفسي هو الإستراتيجية العلاجية الأساسية المستخدمة لمساعدة المسترشدون في التعامل مع مشكلات الحياة. فالإرشاد النفسي يمكن أن يساعد المسترشدون في التعاطي مع مشكلات معينة، ومنع المشكلات المستقبلية، ومجابهة الضغوط. نظراً لأن مشكلات الحياة لا تنطوي على الاضطرابات العقلية، فإن استخدام أدوية المنشطات النفسية ليس جزءً في البرنامج العلاجي.

الاضطرابات العقلية Mental Disorders

يمكن تعريف الاضطراب العقلي على نطاق واسع بأنه نمط نفسي أو سلوكي مختل وظيفياً، يرتبط بالضغوط أو الصعوبة. (apa,2000) في عام 1984، أجرى المعهد القومي للصحة النفسية دراسة متعمّقة بتكلفة 15 مليون دولار عن مشكلات الصحة النفسية في الولايات المتحدة)"-mental dis orders",1984). قدّرت الدراسة أن 40 مليون شخص في الولايات المتحدة يعانون من مشكلات الصحة النفسية في أي وقت من حياتهم. كما وجدت الدراسة -تحديداً- أيضاً أن:

- واحد من كل خمسة أفراد يعاني من اضطراب عقلي واضح.
- الاضطرابات الثلاثة الأكثر شيوعاً في ترتيب الحدوث هي القلق، والاعتماد على المخدرات، والاكتئاب.
- واحد فقط من كل خمسة أفراد ذوي الاضطراب العقلي يسعى في طلب المساعدة المتخصصة. أولئك الذين يفعلون ذلك، يسعون في طلب المساعدة من شخص ما في الكنيسة أو من طبيب العائلة.
- تميل النساء إلى المعاناة من المخاوف المرضية والاكتئاب، بينما الرجال لديهم مشكلات في الكحول والمخدرات والسلوك الموازي للمجتمع.
- معدلات المشكلات العقلية مرتفعة بالنسبة لمن هم دون سن 45 عاماً.
- خريجو الجامعات أقل عرضة للاضطرابات العقلية ممن لم يتخرجوا من الجامعات.

تشير هذه النتائج إلى أن نسبة كبيرة من الأمريكان يعانون من الاضطرابات العقلية. هناك تضمين آخر هام وهو أنه عندما يمر الناس بالمشكلات العقلية، فإنهم لا يميلون إلى الاستفادة من خدمات الصحة النفسية. بدلاً من ذلك، فإنهم يسعون في طلب متخصصين آخرين مثل الأطباء. التحدي الذي يواجه المرشدون النفسيين للصحة النفسية يتمثل في التغلب على الوصمة المرتبطة بخدمات الصحة النفسية بحيث يسعى الأفراد في طلب المساعدة متى احتاجوا إليها.

علاج الاضطرابات العقلية: تشتمل المناهج العلاجية للإضرابات العقلية على استخدام أدوية المنشطات النفسية والإرشاد النفسي. أدوية المنشطات النفسية التي يستخدمها المعالجون النفسيون

في الطب النفسي تستخدم لعلاج الذهان، والاكتئاب، والقلق الحاد. من المهم ذكر أن هذه الأدوية لا تعالج الشخص من الاضطراب العقلي، حيث أنها تُستخدم بشكل أساسي في علاج الخلل الوظيفي لكيمياء المخ، وتقدم التخفيف للأعراض، مثل التلطيف من الاكتئاب أو القلق. هناك خطورة كبيرة مثل أن يصبح المسترشد معتمداً على هذه الأدوية، خصوصاً في حالة المهدءات لعلاج القلق، وقد يكون لها أيضاً آثار جانبية خطيرة مثل خلل الحركة المتأخّر. ويتطور كأثر جانبي متأخر للمعالجة المطوّلة بالأدوية المضادة للذُهان.

على الرغم من أن أدوية المنشطات النفسية يمكن أن يكون لها عوائق، ومخاطر وراثية، إلا أن فوائدها تفوق مخاطرها. على سبيل المثال، المسترشد الذي يعاني من الفصام، والذي لم يتلق علاج قد تهدده مخاطر الهلوسات، والخرافات الخطيرة، أو اضطراب التفكير التدميري. على الرغم من أن العلاج لا يمكن أن يزيل هذه الأعراض كليةً ، إلا أن بإمكانه ضبطها إلى الدرجة التي يستطيع المسترشد عندها أن يكون أداؤه جيد في المجتمع. أيضاً يمكن أن تكون الأدوية المضادة للاكتئاب مظهراً هاماً من مظاهر البرنامج العلاجي للمسترشدون ذوي الاكتئاب الحاد، الذين قد يحتاجون إلى أدوية ليكونوا قادرين على العمل، والانخراط في الأنشطة اليومية. من الممكن أيضاً أن تكون الأدوية مفيدة جداً في علاج ردة الفعل للقلق الحاد، حيث أنها تقلل من القلق إلى الحد الذي يستطيع المسترشد عنده المواجهة.

يمكن أن يلعب الإرشاد النفسي دوراً حيوياً في البرنامج العلاجي الشامل للاضطرابات العقلية (أرجع إلى الجزء عند المناهج السلوكية - المعرفية في الفصل التاسع). قد لا يدخل الإرشاد النفسي إلى الحلبة إلا بعد أن يتحقق للمسترشد التوازن من خلال أدوية المنشطات النفسية. يمكن اعتبار المسترشد مستقراً طبياً عندما تقل الأعراض المرتبطة بالاضطراب العقلي إلى الحد الذي يكون عنده المسترشد قادراً على الانخراط بنشاط في العملية الإرشادية.

غالباً ما يستخدم الإرشاد النفسي في علاج الاضطرابات العقلية التي لا تحتاج إلى أدوية. الإستراتيجيات الإرشادية الحقيقية تتباين وفقاً للحاجات الفريدة للمسترشد والمؤشرات الإكلينيكية المرتبطة بالاضطراب العقلي.

الملحوظة الشخصية التالية تصف بعض الأشياء التي تعلمتها عن علاج الاضطرابات العقلية :

ملحوظة شخصية

على مر السنين، تعلمت العديد من الدروس من المسترشدون الذين كان لديهم اضطرابات عقلية. فقد ذكر كثير من المسترشدون أشياء خاصة لا يمكن أن أنساها. عندما أتأمل في هذه الحالات، فإن تعليقاتهم ترمز إلى دروس تعلمتها منهم. سوف أصف خمسة حالات، وأقدّم ما قاله المسترشد، ووصفاً موجزاً عن الموقف، والدرس الذي تعلمته من كل شخص.

مقولة المسترشد:

"قال شخص ما أخرج عينيّ، وأنا فعلتُ ذلك"

وصف موقف المسترشد

المسترشد الذي قال هذه العبارة، كان شاباً في الخامسة والعشرين من عمره، وقد أودع في السجن في قضية سرقة. فقد طلب من الطبيب النفسي عمل تقييم لأن المسترشد كان يتصرف بشكل غريب، قام الطبيب النفسي بعمل تشخيص للفصام، ورتب لإيداع المسترشد في مستشفى للأمراض النفسية.

لم يُعط المسترشد أية أدوية مضادة للذُهان، وتم تحويله إلى المستشفى في اليوم التالي. وفي هذه الليلة، بدأ يهلوس بأنه يسمع أصواتاً. صوت يقول له " أخرج عينيّ، وفعل ذلك "، "وصوت" أخرج عينيّ الأخرى، وفعل ذلك. فقد وقف ممسكاً بعينيه عندما أتى السجّان ورأى ما حدث، والرعب يتملكه. أخذ المسترشد إلى المستشفى على الفور، وقُدّم له العلاج. في المستشفى تبين أن المسترشد لديه الفصام.؟ قابلت هذا الشخص عندما كنت في المستشفى أتابع بعض المسترشدون. أخبرني هذا المسترشد عن الأصوات التي يسمعها، تطالبه بأن يخرج عينيه عندما كان في السجن.

ما تعلمته.

تعلمت أن المسترشدون الذين لديهم هلوسات يمكن أن يؤذوا أنفسهم أذاً شديداً. لذا، ينبغي اعتبار الأدوية المضادة للذُهان لمساعدة المسترشد على التحكم في الهلوسات، والأعراض الذهانية الأخرى.

مقولة المسترشد

"هل تريد أن ترى الصورة التي رسمتها"؟

وصف موقف المسترشد

المسترشدة كانت سيدة في الثالثة والعشرين من عمرها، وكان لها تاريخ طويل من الاكتئاب. وقد كنت أقدم لها الإرشاد النفسي لمدة عام تقريباً. على الرغم من أنها كانت لها مواعيد أسبوعية. إلا أنها كانت لا تلتزم بها. لقد اندهشت عندما رتبت لموعد لأنها غير منظمة.

ذات يوم ، دخلت المسترشدة إلى مركز الإرشاد النفسي، وطلبت مقابلتي. ذكرت لي أنها رسمت صورة لنفسها، وسألت عما إذا كنت أحب أن أراها. لم أصدق عينيّ، فقد رسمت أجمل صورة رأيتها في حياتي.

ما تعلمته

هذه المسترشدة جعلتني أدرك ألا " أقلل من قيمة " أي مسترشد. بغض النظر عن تقديري لبعض المسترشدون بأنهم غير قادرين على عمل أشياء رائعة في حياتهم.

مقولة المسترشد

" توجد عناكب تزحف على وجهي، وهناك أصوات تقول لي بأنني سوف أموت. أنا مرعوب".

وصف موقف المسترشد

هذه سيدة تبلغ من العمر 54 عاماً، وكانت تتعاطى الكحول لمدة 26 عاماً. هذه المسترشدة كانت في حفلة سُكر لمدة أسبوعين، ثم مرت بعد ذلك بهلاس الكحول، الذي ينطوي على عناكب تزحف على وجهها وسماعها لأصوات مخيفة. أتت المسترشدة إلى مراكز الإرشاد النفسي في اليوم التالي، وقالت أنها لن تشرب الكحول مرة أخرى. قدمت لها الخدمات الإرشادية أسبوعياً لمدة عام. أثناء هذه الفترة، لم تتناول العملية الكحولات، وانتقلت بعد ذلك إلى مدينة أخرى.

ما تعلمته

اكتشفت أن التكهّن للتغلب على تناول الكحولات جيد عندما يقرر المسترشد أن تكلفته تفوق مكافئات استخدامه. أثناء الجلسات القليلة الأولى، أصبح من الواضح أن هذه العملية قد قررت أنه ليس للشرب أي قيمة.

مقولة المسترشد

"شبّ فينا الحريق"

المسترشد الذي قال هذه المقولة كان أحد أخوين شبت فيهما النار عندما كانا يشمان الجازولين. كل منهما كانا يعاني من تاريخ طويل من الاعتماد على الشم، يتجاوز خمس سنين. أثناء السنوات التي عملت معهما، تم إيداعهما في مناسبات عديدة للعلاج من تسمم رصاص حاد. في أحد هذه المناسبات، أصبح أحدهما ذُهانياً، يقفز من سيارة متحركة، يجري في الشوارع يجتاز السيارات في ساعات الذروة المرورية.

ما تعلمته

تعلمت أشياء كثيرة من هذه الحالة، والحالات المشابهة للاعتماد على الشم. أولاً : وجدت أن هؤلاء الأفراد يمرون بأوقات صعبة محاولين التغلب على اعتمادهم أو إدمانهم للشم. معدل نجاحي مع هؤلاء الأفراد كان بطيئاً : فقط فرد من خمسة أفراد توقف عن استخدام الشم أثناء عملي معهم.

اكتشفت أن التسمم بالرصاص يمكن أن ينتج آثار جانبية. على سبيل المثال، كلا الأخوين اللذين عملت معهما كانا يعانيان من الاضطراب العقلي. 15-20 درجة على اختبار ويكسلر للذكاء خلال 12 شهراً أثناء إدمانهم للشم. كما اكتشفت أن استنشاق الجازولين يمكن أن يجعل الإنسان ذُهانياً. بالإضافة إلى ذلك، تعلمت أن تسمم الرصاص من الصعب علاجه. كما وجدت أنه عندما يستنشق الفرد الرصاص، فإن هذا الرصاص يتم امتصاصه في بنية العظم، والأجزاء الأخرى من الجسم. ولسوء الحظ، يميل الرصاص إلى أن يبقى في بنية العظام، ومنها يخرج إلى الجسم تدريجياً.

مقولة المسترشد

"حصلتُ على اللحم، والدقيق، والمرشد"

وصف موقف المسترشد

المسترشدة سيدة تبلغ من العمر 45 عاماً، كانت تعاني من الفصام المزمن لمدة 20 عاماً. هناك برنامج أُفتتح للأفراد ذوي الأمراض العقلية المزمنة والذين ليس لديهم أقارب يساعدونهم. سُئلت المسترشدة عما إذا كانت ترغب في الانضمام للبرنامج وأجابت "نعم".

جعل المسترشد ينضم للبرنامج عملية طويلة جداً، حيث تنطوي على ملأ استمارات عديدة، والتعامل مع جوانب لا نهائية من المكتبية : وأخيراً أُخبرت بالموافقة على انضمامها للبرنامج. لم أنتظر حتى أخبرها بهذا الخبر السار. عندما أخبرتها بالقبول، بدت متحيّرة، ثم تبسمت قائلة أنها لا ترغب في ذلك، وقالت "أنا عندي اللحم، والدقيق، والمسيح" عندما سألت عما تعنيه، قالت أن عندها اللحم لتأكله، والدقيق لعمل الخبز، ثم شغّلت الراديو على المحطة الدينية التي تقدم النصح والإرشاد، وقالت "وهذا هو المسيح".

ما تعلمته

تعلمت أن الحرية ضرورية لكرامة الإنسان. يحتاج الناس -متى كان ذلك ممكناً- إلى الحرية في الاختيار، والتصرف وفقاً لهذه الاختيارات. وظيفتي كمرشد نفسي هي المساعدة في خلق الأخ تيارات، عندما وجدت الاختيارات لهذه العلمية، جعلت لحياتها معنى، وهو الوجود الذي تعيشه.

الاستراتيجيات من أجل المسترشدون الانتحاريين

STRATEGIES FOR SUICIDAL CLIENTS

لابد أن تتكيف خدمات الصحة النفسية باستمرار مع التغيرات الحادثة في المجتمع. هناك ثلاث مشكلات للصحة النفسية تحتاج إلى جهود متضافرة من المرشدين النفسيين للصحة النفسية والأعضاء الآخرين في مهنة المساعدة، وهي: المسترشدون الانتحاريون، والمسترشدون الذين لديهم مشكلات إدمان المخدرات، والمسترشدون الشيوخ (كبار السن). لتوضيح القضايا والمهارات المعاصرة المرتبطة بالإرشاد النفسي للصحة النفسية، فإن هذا الجزء يقدّم استعراضاً للانتحار، والجزءان التاليان سوف يغطيان تعاطي المخدرات، والإرشاد النفسي للمسنين.

إن معدل الانتحار لكل 100.000 فرد زاد خلال الأربعين عاماً الماضية بشكل فاق كل المستويات. في عام 1950، كان هناك 4.2 منتحراً من كل 100.000، وفي عام 1974، كان هناك 10.9، وفي عام 1984، كان هناك 12.8، وفي عام 1996، كان هناك 11.65 (NIMH,1999 , SHNEIDMAN,1984). معدلات الانتحار مرتفعة عبر كل المستويات في المجتمع. بين الإناث، النسبة مرتفعة بين الموهوبات، وبالتالي تعتبر خطراً عظيماً (TAYLOR,1979).

يقدم كابوزي ونيستول (1986) استعراضاً شاملاً للانتحار من حيث الأسباب، الأساطير، واستراتيجيات العلاج. أما بقية هذا الجزء، فهو مستوحى من هذا العمل.

الأسباب Causes

حدد شيندمان (1984) أربعة وجهات نظرية لفهم الدافع وراء محاولة الانتحار : اجتماعي، سيكوديناميي، نفسي، وتكويني بيوكيميائي.

الاجتماعي: وصف دوركيم (1897) الأسباب الاجتماعية للانتحار التي تبدو أنها تقاوم اختبار الزمن. هذه الأسباب يمكن تصنيفها على النحو التالي : الأنانية، عندما يفتقد الفرد إلى الشعور بالانتماء، ولذا يفتقد إلى الشعور بالهدف في الحياة، اللاأنانية، عندما يرغب الشخص في أن يموت من أجل هدف معين (مثل : الطيارين الفدائيين اليابانيين)، والانعزالية، عندما يعتقد المرء أن علاقته مع المجتمع قد تحطمت (مثلاً : بعد طردة من وظيفة ما)، والجبرية، عندما يشعر الفرد أن المجتمع لا يقدم له أي أمل في مستقبل أفضل (الشخص مثلاً الذي يشعر بأنه حبيس الفقر).

السيكوديناميي: يؤكد فرويد (1933) على دور القوى اللاشعورية في ديناميكيات الشخصية، فقد أعتقد بأن كل الناس لديهم رغبة لاشعورية في الموت، وهذه الرغبة تسهم في السلوك الانتحاري.

النفسية: قدّم شيندمان (1976) منظوراً نفسياً للانتحار، مشيراً إلا أنه يرتبط بالظروف النفسية التالية : الاضطراب الحاد، عندما يكون الفرد في حالة عالية من اللا سعادة، والعدائية المرتفعة، عندما تكون لدى الفرد أفكار ومشاعر سالبة عن الذات، مثل كره الذات،والذنب، وانقباض التركيز العقلي عندما يمر الفرد بخندقه العمليات الفكرية، مما ينتج عنه عدم القدرة على اختيار الخيارات المؤثرة، والتوقف، عندما يعتقد المرء أن الانتحار سوف يوقف معاناته.

التكويني أو البيوكيميائي: يشير النموذج الطبي إلى رابطة بين الاكتئاب والانتحار، وينظر إلى الاكتئاب على أنه أساس عضوي. في هذا النموذج، يمكن منع الانتحار من خلال استخدام أدوية المنشطات النفسية لإعادة التوازن البيوكيميائي للفرد.

الأساطير عن الانتحار Myths about Suicide

هناك العديد من الأساطير عن الانتحار. فيما يلي بعض الأساطير والحقائق التي تتناقض معها، كما قدمها كابوزي ونيستول (1986)، جيليلاند وجيمس (1997) :

- يقوم بالانتحار فقط الأفراد ذوي المشكلات النفسية الحادة : أوضحت الدراسات أن معظم الناس الذين يرتكبون الانتحار ليسوا ممن تم تشخيصهم على أنهم من ذوي الاضطرابات النفسية (Shneidman et al.,1976).
- عادة ما يحدث الانتحار بدون تحذير: حقيقة، هناك تحذيرات تسبق الانتحار. إن طبيعة علامات التحذير قد تكون تغيّراً مفاجئاً في السلوك، والأذى الذاتي، والتهديدات اللفظية بالانتحار، والحديث عن اليأس والعجز، والاكتئاب.
- الأفراد الانتحاريون لديهم دائماً ميل للانتحار: في الحقيقة، معظم الأفراد الانتحاريون لا يظلوا على هذه الحالة للأبد. ربما يناضلون خلال أزمة شخصية مؤقتة. متى عملوا ذلك خلال الأزمة، فإنهم قد لا يفكرون في الانتحار مرة أخرى.
- إن النقاش عن الانتحار قد يجعل المسترشد يريد أن ينفذ هذا الفعل: العكس هو الصحيح. إن الحديث مع شخص مهتم من الممكن في الغالب أن يمنع الانتحار.
- عندما يحاول شخص الانتحار ويمتنع عنه، فإن الخطر يزول: حقيقةً، أعظم الفترات خطورة هي فترة التحسن الواضح، عندما يصبح الفرد ذا طاقة بعد أكتئاب حاد، ويكون لديه طاقة لارتكاب الانتحار.

استراتيجيات العلاج Treatment Strategies

قدّم كابوري ونيستول (1986)، ويستفيلد ورفاقه (2000) استعراضاً للقضايا العلاجية المرتبطة بالانتحار، مثل الوقاية، التقييم، العوامل الخطرة المرتبطة بالانتحار، والتدخل من أجل الأزمة، والإرشاد النفسي ما بعد الأزمة، وما بعد التدخل، والانتحار المنطقي.

الوقاية: ذكرنا في بداية هذا الفصل ثلاثة أنواع من الوقاية (الأولية، الثانوية، والثالوثية). كل هذه الثلاثة يمكن أن ترتبط بالانتحار.تركز الوقاية الأولية على الأفراد قبل أن يصبحوا انتحاريين مثل قيام المرشد النفسي في المدرسة الابتدائية بعمل عروض عن التعامل مع الضغوط. تحاول الوقاية الثانوية التعرف على الناس المعرضين لخطر الانتحار، وتقديم المساعدة اللازمة لهم قبل أن تصبح مشكلاتهم أكثر سوءً. أما الوقاية الثالوثية، فتنطوي على مساعدة الناس الانتحاريين حديثاً. على سبيل المثال، خدمات التدخل في الأزمة مثل الخطوط الساخنة يتم استخدامها لحماية الأفراد من ارتكاب الانتحار (lester,1993).

التقييم : إن تقييم السلوك الانتحاري القوي ينبغي أن يكون عملية شاملة تنطوي على إجراءات قياس معيارية وغير معيارية، والمقابلات الإكلينيكية التي يتم الحديث عنها في الفصل الرابع. يحدد ويستفيلد ورفاقه (2000) أدوات القياس التي تتم إعدادها لتقييم الانتحار تحديداً. بعض هذه الأدوات هي: مقياس تصور الانتحار (rudd,1989) ، وقد صُمم أساساً لطلاب الجامعة، وقائمة أسباب الحياة (linehan et al.,1983)، وتقوم على النظرية الوجودية لفيكتور فرانكل (1959)، واختبار حكايات (قصص) الأشباح (orbach et al.,1983)، والذي يمكن أن يستخدم مع الأطفال.

عوامل المخاطرة للانتحار SUICIDE RISK FACTORS

هناك عدة عوامل مخاطرة تم تحديدها تجريبياً، وترتبط بالانتحار (Gilliland & james,1997 , westefeld et al.,2000) :

الاضطرابات العقلية: هناك العديد من الاضطرابات العقلية المرتبطة بالانتحار، بما في ذلك، الاكتئاب، وإدمان المخدرات، والاضطرابات الذهانية، واضطرابات الشخصية (خصوصاً الحديّة). فالانتحار – على سبيل المثال – قد يكون استجابة هروب من حزن الاكتئاب.

الخسارة: يمكن أن تكون الخسارة عاملاً في أي انتحار. إن فقد علاقة أو الطلاق يمكن أن يكون مثيراً لمحاولة الانتحار. هناك قضايا متعددة في الخسارة يمكن أن تميز مرحلة الكبار في السن : التقاعد غير المرغوب فيه، والأمراض والألم المزمن، موت أحد المحبوبين. إن الخسارة بالنسبة للأفراد الكبار ينتج عنها ميول انتحارية ترتبط بفقدان معنى الحياة والهدف منها، وينتج عنها الألم والمعاناة، والعزلة الاجتماعية – الوجدانية.

التاريخ: إن التاريخ الماضي من محاولات الانتحار يخلق مخاطر عالية للانتحار. أيضاً تزداد مخاطر الانتحار إذا كان هناك تاريخ اسري سابق من الانتحار، لأنه ربما يُنظر إليه على أنه طريقة لمواجهة المشكلات العقلية مثل الاكتئاب. هناك أيضاً عامل تاريخي آخر قد يرتبط بالانتحار وهو عامل العدوى (التعرض للانتحار قد يجعل الفرد أكثر عرضة للانخراط في الانتحار).

قضايا التنوع: عوامل التنوع مثل السن، الجنس، الثقافة، والتوجه الجنسي يمكن أن ترتبط بمخاطر الانتحار. فالمراهقون والكبار الذي تخطوا سن 65 عاماً أكثر عرضة لمخاطر الانتحار من الأفراد العاديين. تشير الإحصاءات الجنسية إلى أن النساء يحاولن الانتحار بمعدلات تفوق معدلات الرجال، على الرغم من أن الرجال يقومون بالانتحار 4.5 مرة أكثر من النساء. من غير المعلوم سبب هذا التناقض. أفترض البعض أن الانتحارات المميتة للنساء يُعلن عنها بشكل غير صحيح على أنها موت مفاجئ أو عرضي (westefeld et al.,2000). تلعب الثقافة أيضاً دوراً في الانتحار.

الأمريكان الأصليون يحظون بأعلى نسبة في الانتحار في الولايات المتحدة، تُقدّر بنسبة من 1.6 إلى 4.2 أكثر من المتوسط القومي. يمكن أن ترتبط زيادة مخاطر الانتحار بالنسبة للأمريكان الأصليين بالمعدلات المرتفعة من الكحولات، وصعوبة التأقلم مع الثقافات، ونمو الهوية. كما إرتبط التوجه الجنسي بمخاطر الانتحار، وهذا صحيح خاصة في مرحلة المراهقة، حيث يموت اللواطيون والسحاقيون بالانتحار أكثر ممن يمارسون الجنس مع الجنس الآخر بنسبة مرتين أو ثلاث مرات أكثر. إن عدم تقبل المجتمع أو عدم تحمله للتوجهات الخاصة باللواطين يمكن أن يقّوض نمو الهوية عندما يكون المراهقون في أشد الحاجة إلى التقبل والتفهم.

د.خ.ن : هذه هي الحروف الأولى للوسائل، الدافع، الخطة، والنية، ويمكن استخدامها لتحديد عوامل المخاطرة المرتبطة بالانتحار.

الملحوظة الشخصية التالية تقدم مثالاً على الكيفية التي استخدمتها بها لقياس الانتحار :

ملحوظة شخصية

آن معلمة تبلغ من العمر 32 عاماً، وكانت تسعى في طلب خدمات الصحة النفسية بسبب الاكتئاب والأرق. أخبرتني آن أنها تريد أن تقتل نفسها لأن أمها ماتت مؤخراً، وهي لا تتحمل هذه الحياة. أثناء تقييمي للميول الانتحارية، أخبرتني آن أن لديها زجاجة حبوب منومة، وهي تخطط أن تأخذها (الوسائل والخطة). إن شدة وصدق نبرة صوتها تشير إلى أنها وضعت الخطة بالفعل لعمل ذلك (النية). آن كانت تبرر قتل نفسها، بأن قالت أن أمها كانت أعّز أصدقائها، وشعرت بأنه لا يوجد شئ تعيش من أجله (الدافع). بناءً على نتائج التقييم، والمقابلة الإكلينيكية، والمدخلات الأخرى، قررت أن آن في خطر الانتحار بدرجة كبيرة، ورتبت إيداعها في المستشفى.

التدخل من أجل الأزمة crisis intervention . الجزء الخاص عن التدخل من أجل الأزمة والذي ناقشناه سابقاً في هذا الفصل يقدّم خطوطاً إرشادية للتدخل من أجل الأزمة من حيث قوة الانتحار.

كما ذكرنا، فإن هدف التدخل من أجل الأزمة هو أخذ الخطوات اللازمة لتجنب الكارثة التي يمكن أن تصيب المسترشد بأذى شديد.

استراتيجيات التدخل من أجل الأزمة، والتي تُستخدم مع المسترشدون الانتحاريين تشتمل على العقود، المساعدة من الأقارب، والعلاج الدوائي، والإرشاد النفسي والإيداع في المستشفى. عقود الانتحار، والتي تُستخدم بشكل شائع لمنع الانتحار تنطوي على توقيع المسترشد على عقد يتعهد فيه بعدم قتل نفسه، ويخبر المرشد النفسي في حالة ما أصبح لديه النية للانتحار. يمكن أيضاً أن يلعب أفراد الأسرة دوراً متمماً في التدخل من أجل الانتحار من خلال تقدم الدعم الوجداني – الاجتماعي للمسترشد، ومراقبة تصورات الانتحار، ومساعدة المسترشد في الحصول على المساعدة المتخصصة متى إحتاج الأمر إلى ذلك.

هناك تدخلات أخرى من أجل الانتحار، وتشتمل على العلاج الدوائي لعلاج الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب. ينطوي الإرشاد النفسي على التشجيع على التهوية لنزع فتيل الأزمة وتعزيز التوازن النفسي. الإيداع في المستشفى يقدم أكثر الوسائل أماناً لمنع الانتحار، وينبغي اعتباره للأفراد ذوي الانتحار الحاد.

الإرشاد النفسي ما بعد الأزمة Post crisis Counseling . الإرشاد النفسي ما بعد الأزمة يمكن إجراؤه عندما يكون لم يعد الأفراد في مخاطر غير مرتفعة، حيث يمكن أن يساعد في التعرف على الأسباب الخفية في تفكير أو إقدام المسترشد على الانتحار، وتعزيز آليات المواجهة لمنع المشكلات النفسية في المستقبل. العلاج السلوكي الجدلي (linehan et al,1991)، الذي صُمم في الأصل لعلاج المسترشدون الذين لديهم تاريخ من تصور الانتحار – موجّه نحو تعليم المهارات المرتبطة بالوقاية من الانتحار، مثل التنظيم الوجداني، الفعالية البينشخصية، وتحمل الضغوط. العلاج النفسي المعرفي لبيك (1986) يمكن أيضاً أن يكون منهجاً قيماً في مساعدة المسترشدون الذين لديهم تاريخ من تصور الانتحار (tyrer et al.,1999).

ما بعد التدخل Post Intervention. ينطوي ما بعد التدخل على تقديم مساعدة الصحة النفسية للأفراد، والأسر، والمجتمعات المحرومة. تحدد الجمعية الأمريكية لعلم الانتحار (1990) استراتيجيات ما بعد التدخل للانتحار وهي :

- التخطيط للكيفية التي تستجيب بها المدارس والمجتمع المحلي للانتحار.
- تقديم الفرص للعمل خلال الوجدانيات مثل الحزن، والغضب، والذنب – المرتبطة بالناجين من الانتحار.
- أخذ الخطوات اللازمة لمنع عدوى الانتحار (مثل تجنب الافتتان بالانتحار).
- تقديم الإرشاد النفسي غير الموجز لهيئة الصحة النفسية المعنية.

الملحوظة الشخصية التالية تقدم تبصرات أخرى عن ظاهرة الانتحار.

ملحوظة شخصية

عندما كنت أخصائياً نفسياً في أنديان، قدمت الصحة الإرشاد النفسي للصحة النفسية لأكثر من 100 مسترشداً حاولوا الانتحار، معظمهم من المراهقات، حاولن قتل أنفسهن بأخذ كميات كبيرة من الأقراص التي وجدوها في حجرة طبية. الشئ الذي أدهشني عن هؤلاء المسترشدون هو أن معظمهم كان يريد الموت فعلاً، فلم يكن فعلهم مجرد صرخة للمساعدة. بالفعل كان الكثير منهم على وشك الموت عندما توقفت قلوبهم. في كل مرة - ولحسن الحظ، أستطاع الفريق الطبي أن يعيدهم مرة أخرى من بين فكيّ الموت. ومع ذلك، عندما عادت هذه النساء مرة أخرى للوعي، ذكرت كل منهن ما يوحي بخيبة الأمل لعودتهن للحياة مرة أخرى.

أثناء استكشافي للأسباب التي دفعتهن للموت، كان جواب الكثيرات أن الحياة ليس بها ما تقدمه لهن، فقد وصلن إلى نهاية لا رجعة منها. فقد كان ينتابهن شعور بأنهن إن بقين على قيد الحياة. فسوف تصير الأمور إلى أسوأ. كانت مشاعر الحزن في كلماتهن ونبرة أصواتهن. فقد ذهبت رغبتهن في الحياة وحل محلها الشعور باللامبالاة.

كنت في الغالب أستخدم مناهج غير تقليدية للإرشاد النفسي لمساعدة هؤلاء المسترشدات في التغلب على انشغالهن بالانتحار، والموت. على سبيل المثال، كنت ألتقي معهن تحت شجرة لأشعرهن بالجمال، وبراءة الحياة. أثناء أحد الجلسات، كنا نتوقف لنسمع صوت الطيور تغني، إن التركيز على الطبيعة ساعد المسترشدون على التحّول من السلبية المرتبطة بتصور الانتحار، وفتح أعينهن على ازدهار الحياة التي تصورها الطبيعة. التركيز مع هؤلاء المسترشدون تمثل في مساعدتهن على اكتشاف المعنى في الحياة. معاً عملنا لغرس الأحلام وتنمية الوسائل لتحويل هذه الأحلام إلى حقيقة، وهي عملية تحتاج إلى إرشاد نفسي فردي وعلاج نفسي. بالإضافة إلى ذلك، كنت أستخدم العلاج الزواجي والأسري كوجه هام للبرنامج العلاجي الشامل.

الانتحار المنطقي RATIONAL SUICIDE

الانتحار المنطقي - يُعرف أيضاً بالموت السريع، أو الانتحار بالمساعدة - قد يكون أكثر القضايا جدلاً في علم الانتحار. يرتبط الانتحار المنطقي بالاختيار المنطقي للإسراع بنهاية الحياة. الموت السريع يمكن أن يكون مطلباً في حالات المرض الميئوس منه، أو الألم الذي لا نهاية لمعاناته.

إن قانون أوريجون للموت بعزة في عام 1999، والذي تمت الموافقة عليه من قانون أوريجون عام 1994، له دور رئيسي في تطوّر الانتحار المنطقي. هذا القانون أباح للطبيب المعالج المساعدة في الانتحار في اوريجون. فهو يشتمل على حالات لابد من مقابلتها بالطبيب المعالج ليساهم في المساعدة على الانتحار. على سبيل المثال، لابد أن يحيل الطبيب المرضى إلى الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي المرّخص إذا كان المريض يعاني من حالة نفسية مثل الاكتئاب الذي يعوق الحكم (cohen,2001). إن رعاية الموت في اوريجون قد تحسنت منذ قانون الموت بعزّة، والذي قد يمثل "نداء" للأطباء لعمل جيد لمساعدة الأفراد للاستعداد لنهاية حياتهم (lee&tolle ,1996) .

ينطوي الانتحار المنطقي على أخصائي الرعاية الصحية مثل الأخصائيين النفسيين في تعزيز الوسيلة النفسية لتحقيق الموت بعزّة ومعنى أن موقف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1997) من الانتحار المنطقي كالآتي:

"الجمعية الأمريكية لعلم النفس ليست مع أو ضد الانتحار بالمساعدة. ما يدعمه الأخصائيون النفسيون هو جودة عالية لرعاية نهاية الحياة وقرارات معلنه لإنهاء الحياة بناء على التقييم الصحيح للحالة النفسية للمريض، ونظم الدعم الاجتماعي، ودرجة التحديد الذاتي" (p.1).

تقدم الجمعية الأمريكية لعلم النفس خطوطاً إرشادية تتعلق بدور الأخصائيين في الصحة النفسية في الانتحار المنطقي. تشتمل هذه الأنشطة على تقديم الدعم للمريض والأسرة، وضمان تلقي المرضى للتشخيص المناسب والعلاج المناسب للاضطرابات النفسية، والمساعدة في تحديد ما إذا كانت قرارات المرضى التي تتعلق بالموت السريع منطقية.

على الرغم من أن الانتحار المنطقي يبدو أنه يقدم الموت بعزة وبمعنى، إلا أنه ينطوي على العديد من القضايا الأخلاقية، والدينية، والقانونية، الأتي ينبغي مراعاتها. هناك حاجة إلى مزيد من البحوث والتقييم لتحديد التضمينات لدور أخصائيي الصحة النفسية في الانتحار المنطقي.

الإرشاد النفسي لإدمان المخدرات SUBSTANCE ABUSE COUNSELING

الإرشاد النفسي لإدمان المخدرات تخصص موجّه نحو الوقاية من، وعلاج المشكلات المرتبطة بالكحول والمواد الأخرى، حيث يعتبر تعاطي الكحول ثالث أكثر المشكلات انتشاراً في الولايات المتحدة (pattison & kaufman,1982)، في بعض الثقافات مثل الأمريكان الأصليين - يأخذ الكحول المرتبة الأولى بين المشكلات الصحية (herring,1994). إن استخدام العقاقير المحظورة منتشر أيضاً في المجتمع الأمريكي، كما أنه منتشر أيضاً بين الأطفال والمراهقين كما أوضحنا في الفصل الحادي عشر. ففي دراسة مسحية عام 1982، تبين أن 32 مليون أمريكي يدخنون الماريجوانا مرة واحده على الأقل في السنة، و20 مليون يستخدمونها شهرياً، وأكثر من 12 مليون يستخدمون الكوكايين مرة في السنة، كما يستخدم العديد من الأفراد أنواعاً عديدة من المواد المخدرة مثل المهدءات، والمحفزات، بدون إشراف طبي (polich et al.,1984).

إن نتيجة الانتشار الواسع للكحول وتناول المواد المخدرة (مع عدم احتساب التبغ) تتمثل في أن 40% ممن يودعون في المستشفيات و25% من الموتى في السنة في الولايات المتحدة يرتبطون بإدمان المواد، وهذا يكلف المجتمع ما يزيد عن 300 مليار دولار سنوياً، بالإضافة إلى الخسارة البشرية، ونقص الإنتاج (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ,1995). إن الاعتماد على المواد يتخلل كل مستويات المجتمع، ما يقرب من خمس المجتمع الأمريكي لديهم مشكلات في الكحول والاعتماد على المواد في بعض فترات حياتهم، وثلث المرضى النفسيين لديهم مشكلات في الكحول، والاعتماد على المواد

(frances,1988). لذا، يمكن أن يتوقع المرشدون النفسيون أن يتعاملوا مع المشكلات المرتبطة بتعاطي المخدرات بغض النظر عن الموقع الإرشادي الذي يعملون فيه.

هذا الجزء يقدّم استعراضاً للإرشاد النفسي للاعتماد على المواد، مع معلومات تتعلق بالتشخيص، وقضايا العلاج الخاصة، والأهداف الإرشادية، والإستراتيجيات العلاجية، والوقاية من الارتداد. نظراً لأن الكحول هو أكثر هذه المشكلات شيوعاً، فإننا سوف نكرس مزيداً من الاهتمام له.

التشخيص Diagnosis

يعترف الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي،2000) بوجود اضطرابين عقليين يرتبطان بإدمان المواد : إدمان المواد، والاعتماد على المواد. إن تشخيص إدمان المواد ينطبق على المسترشد الذي لدية اضطراب في الأداء الاجتماعي والوظيفي. يعتبر الاعتماد على المواد اضطراباً أكثر خطورة، ويُشخّص عندما يظهر المسترشد دليلاً على الانتكاس الجسمي. تجدر الإشارة إلى أن استخدام مواد معينة مثل الماريجونا لا يمثل إدماناً. إلا أن الاستخدام لابد أن ينتج عن اضطرابات في الأداء قبل اعتباره إدماناً أو اعتماداً، أو اضطراباً عقلياً واضحاً. إن الإستبانات يمكن أن تكون أيضاً جزءاً من عملية التشخيص لتحديد ما إذا كان الفرد كحولي أو لديه مشكلة في إدمان المواد. أحد الاستبيانات شائعة الاستخدام هو اختبار ميتشيجن لتشخيص الكحول (selzer,1971)، ويحتوى على 24 سؤالاً يجيب عليها الفرد ب "نعم" أو "لا".

هناك بعض القصور في استخدام نظام التشخيص في الدليل التشخيصي الإحصائي أو الاستبيان لنمت الفرد بأنه معتدٍ على نفسه بالمواد لأن هذه النظم بها تعريفات "إما ... أو" للكحول، في أنها تقدم نتيجة بأن المسترشد إما كحولي أو لا كحولي. هذا النوع من التعريف يمكن أن ينتج عن ألا يقدم المرشد النفسي الخدمات المطلوبة للمسترشد ذي المشكلة الحدّية. يرفض باتيسون وكوفمان (1982) منظور " إما.....أو " ويعرّف الكحول بأنه متلازمة متعددة المتغيرات، حيث يشير إلى أنه ليس هناك نوعان من الكحولات متشابهان، ويظهران أنماطاً متعددة من الاستخدام المختل وظيفياً، وشخصيات متنوعة، والاحتمالات عديدة لنواتج عكسية، والتكهنات عديدة، كما أن كل فرد يحتاج إلى نوع خاص من العلاج.

إن الإتجاه (المنظور) متعدد المتغيرات يشير إلى أن إدمان المواد ينبغي أن يُنظر إليه بلغة المتصّل، الذي يبدأ بالاستخدام، ويتقدم إلى الاستخدام المتوسط، ثم الاستخدام الكثيف، ثم الاعتماد lewis) (et al.,2002. إن نموذج المتصّل لا يوحي بأن الأفراد اصحاب المشكلات سوف ينتقلون دائماً بشكل ثابت عبر بالمتصّل من اليسار إلى اليمين (lewis et al.,2002). إن العلاقة بالمتصّل سوف تتباين من فرد إلى آخر. بعض الأفراد سوف يبقون في نفس النقطة، والبعض سوف يتحرك نحو اليمين، معبرين عن وجود مشكلات خطيرة، والبعض سوف ينمّي مشكلات أقل حدّة، ويتمركزون نحو اليسار على المتصّل.

يمكن أن يقدّر المرشدون النفسيون المكان الذي يؤدي فيه الفرد على المتصّل بتحديد عدد المشكلات التي مر بها الفرد في علاقته بإدمان المواد (lewis et al.,2002). يمكن أن يحدد مقياس مشكلة التسرب لفاليانت (1983) المشكلات المرتبطة بالشرب، بما في ذلك المشكلات بالعمل، مثل التأخر المبالغ فيه، أو ترك العمل للإعياء، أو الطرد من العمل، والمشكلات والأسرية مثل الشكاوى من أفراد الأسرة أو المشكلات الزوجية، والمشكلات القانونية مثل الاعتقادات المرتبطة بالكحول، والمشكلات الصحية مثل الاضطرابات الطبية، فقدان الوعي، والرعشة.

قضايا العلاج الخاصة Special Treatment Issues

معظم نظريات واستراتيجيات الإرشاد التي تم وصفها في هذا الكتاب يمكن أن تُطبّق على الإرشاد النفسي لتعاطي المواد. وفي الوقت نفسه، هناك بعض القضايا الخاصة المتضمنة في العمل مع هؤلاء الأفراد. يقدم لويس ورفاقه (2002) الخطوط الإرشادية التالية للإرشاد النفسي لتعاطي المواد:

- صياغة مفاهيم مشكلات تعاطي المواد على متصّل من اللامشكلة إلى المشكلة، وليس من حيث النفسيات أو "إما.....أو".
- تقديم برنامج علاجي فردي من حيث الأهداف والطرق.
- دمج البرنامج العلاجي متعدد الأبعاد الذي يشتمل على المظاهر الاجتماعية والبيئة المرتبطة بالاستشفاء طويل المدى.
- اختيار العلاج الأقل اقتحامية لكل مسترشد.
- اعتبار طرق وأهداف جديدة نظراً لتوفر النتائج البحثية.
- الحساسية للفروق الفردية والحاجات المتعددة للأفراد المسترشدون المختلفين.

هذه الخطوط الإرشادية تقدم إطار عمل نظري عام للعمل مع المسترشدون ذوي إدمان المواد. هناك أيضاً بعض الأهداف الإرشادية الفرويدية والإستراتيجيات العلاجية المرتبطة بالإرشاد النفسي لإدمان المواد.

الأهداف الإرشادية Counseling Goals

هناك جدل في الأدبيات عما إذا كان الهدف الرئيسي للإرشاد النفسي لإدمان المواد ينبغي أن يكون الامتناع عن الشرب، أم ضبطه والتحكم فيه (fisher,1982 , marlatt,1983 , sobell,1984). المؤيدون للامتناع عن الشرب يصطفون مع النموذج المرضي للكحول، ويشيرون إلى أن الكحول مرض مزمن وقديم، وأن الامتناع عنه هو الحل الوحيد. وعلى الجانب الآخر، فإن المؤيدين لضبط الشرب يرون الكحول من اتجاه (منظور) سلوكي، معتقدين بأنه ينتج من تعلم لا تكيفي.

ذكر ميلر ومونوز (1982) أن الشرب المضبوط سوف يكون مناسباً فقط لما يقرب من 15% من المعتمدين على الكحول ومستخدميه وأن حالات معينة ينبغي أن تمنع أي اعتبار للشرب المضبوط كهدف علاجي. تشتمل هذه على المسترشدون الذين لديهم مشكلة طبية مثل مرض الجهاز الهضمي (مثلاً : مرض الكبد)، مرض القلب، أو أي حالات أخرى تسوء بالشرب، الحوامل، أو اللاتي تحاولن الحمل، الذين يميلون إلى عدم التحكم في سلوكهم عند الشرب، المدمنون جسمياً للكحول، والذين يأخذون أدوية خطيرة عن دمجها بالكحول مثل مضادات الاكتئاب أو المهدءات، أو الذين توقفوا عن العلاج مؤخراً بنجاح، خصوصاً إذا كان هناك تاريخ أسري من الكحول، أو تاريخي شخصي من مشكلات الشرب الخطيرة.

المرشدون النفسيون الذين يريدون اعتبار الشرب المضبوط كهدف للمسترشد لابد أن يتلقوا أولاً تدريباً خاصاً. أحد المناهج التي حظيت باهتمام ملحوظ – والتي حققت نسبة نجاح ما بين 60% و80% – هو التدريب السلوكي المضبوط ذاتياً (miller,1980). هذا البرنامج موجّه تعليمياً ويمكن استخدامه في المواقع خارج المستشفى، وينطوي على العديد من الأساليب السلوكية، بما في ذلك تدريب المسترشد على تحديد المؤثرات البيئية التي يمكن أن تزيد من تكرار الشرب، ومراقبة استهلال الشراب، واستخدام التعزيز الذاتي بضبط معدلات الشرب.

بعيداً عن قضية التوقف مقابل ضبط الشرب، هناك أهداف أخرى أكثر تحديداً يجب أن يخاطبها المرشدون النفسيون عند الإعداد لبرنامج علاجي شامل. يذكر لويس ورفاقه (2002) أن إدمان المواد يميل إلى أن يرتبط بالمشكلات الاجتماعية، والنفسية، والفسيولوجية، والمالية. مع وضع هذه المشكلات ذات الصلة في الاعتبار، يحدد لويس ورفاقه الأهداف التالية التي يمكن للمرشدين النفسيين السعي لتحقيقها في الإرشاد النفسي لإدمان المواد. فمن الممكن أن، يساعد المرشد النفسي المسترشدون على:

- حل المشكلات القانونية.
- تحقيق الاستقرار في الزواج والأسرة.
- تحقيق الوفاء بالأهداف التعليمية والمهنية .
- تحسين المهارات الاجتماعية البينشخصية.
- تعزيز اللياقة الجسمية والصحة الجسمية.
- تنمية آليات مجابهة فعالة للتعامل مع الضغوط .
- تعلم كيف يمكن الاعتراف بالمشاعر والتعبير عنها .
- تنمية مهارات حل مشكلات، ومهارات اتخاذ قرار فعاله.
- تحقيق نظام دعم اجتماعي.
- تنمية فعالية الذات، وتقدير ذات إيجابيين.

- التعامل الفعال مع القضايا النفسية مثل القلق والاكتئاب
- خلق منافسات اجتماعية وإنعاشية

الإستراتيجيات العلاجية Treatment Strategies

تتباين المداخل العلاجية في الإرشاد النفسي لإدمان المواد وفقاً للتوجّه النظري للمرشد النفسي بالإضافة إلى الأهداف التي يتم تحقيقها بواسطة المرشد النفسي والمسترشد. فيما يلي استعراض لبعض المناهج شائعة الاستخدام :

نموذج مينيسوتا: كان ومازال نموذج مينيسوتا أحد أشكال علاج إدمان المواد الأكثر استخداماً. تنطوي المرحلة الأولى على حشد فريق علاجي شامل لتقييم، وتقديم العلاج الأوّلي، الذي يناسب الحاجات الفريدة للمسترشد. أما المرحلة الثانية، فتنطوي على إيداع في المستشفى لمدة 28 يوماً، موجّه صوب كل مظاهر مشكلة إدمان المواد لدى المسترشد (مثلاً : التعليم، الشفاء، والوقاية من الارتداد) في عصر الرعاية المضبوطة، الإيداع في المستشفي لمدة 28 يوماً – في معظم الحالات – ليس هدفاً واقعياً للتخطيط العلاجي. معظم مؤسسات الرعاية المضبوطة تتحوّل إلى التأكيد على البرامج العلاجية للإدمان خارج المستشفى.

النموذج المجهول للكحوليين: منذ تأسيسه عام 1935، أصبح النموذج المجهول للكحوليين هو الأكثر شيوعاً في المؤسسات لعلاج الكحول ومشكلات إدمان المواد الأخرى (le et al,1995). هذا النموذج يدمج نموذج المرض للكحول، ويقوم على برنامج مكوّن من 12 خطوة، وله سياق ديني قوي. أحد مميزات أو مناحي القوة في هذا النموذج يتمثل في أنه يُدار بواسطة أفراد كانوا هم أنفسهم يعانون من الاعتماد على المواد. بالإضافة إلى ذلك، من الممكن أن يكون مكاناً يشعر فيه الناس بالتقبل، والأمل، والتشجيع. كما أنه نموذج يسهل الوصول إليه، وله منافذ في كل مدينة في العالم تقريباً.

هناك بعض المشكلات تتمثل في أن فعالية هذا النموذج لم تثبت في البحوث التجريبية، ومن المشكلات أيضاً أن المصطلحات تكون ذات الوجهة الدينية مثل الاعتراف بالاستسلام، لا تتناغم مع النظرية والممارسة الإرشادية (Bristow - braitman ,1995 , le et al.,1995) . يشير بريستو بريتمان (1995) إلى أن الإرشاد السلوكي – المعرفي يمكن استخدامه للمساعدة في إعادة تأطير بعض مفاهيم النموذج المجهول للكحوليين لجعلها أكثر اتساقاً مع المناهج الإرشادية التقليدية. ومع ذلك قد يستفيد المرشدون النفسيون المتخصصون من الفهم العميق للنموذج حتى يصبحوا أكثر حساسة للجوانب الروحية للإرشاد النفسي ويكونوا أكثر دعماً للمسترشدون الذين يحضرون برنامج هذا النموذج.

النموذج الطبي : هذا النموذج يرتبط أيضاً بالنموذج المرضي للكحولية. يبحث الباحثون في دور العوامل الفسيولوجية (بما في ذلك أداء المخ) في أسباب المرض، والعلاج بالنسبة لاضطرابات إدمان

المواد (ruden & byalick,1997). قد يكون عدد من الناقلات العصبية هاماً في عملية الإدمان (lew-is et al.,2002). على سبيل المثال، يُعتقد أن الدوبامين يؤثر في النشاط الحركي، والمكافأة، والتعزيز، وقد ارتبط بالمخدرات شائعة الاستخدام مثل الكوكايين، والماريجوانا، والنيكوتين (lewis et al.,2002). تشير فرضية الدوبامين للإدمان إلى أن الدوبامين يلعب دوراً رئيسياً في الإدمان بإرسال إشارات المتعة للمخ عندما يتم تحفيزه بواسطة مخدرات مثل الكوكايين (volkow et al.,1997).

العلاجات الطبية لمشكلات الاعتماد على المواد تشتمل على مضادات للإدمان، والميثادون (ruden & byalick ,1997). المضاد للإدمان شكل من العلاج النفسي البغيض، يمكن أن يُؤخذ لمنع الارتداد في الكحولية. فالشخص سوف يمر بالقلق، والقيء، والدوّار، وخفقان القلب في لحظات عندما يستهلك الكحول. الاستمرار على الميثادون يمكن أن يُستخدم لوقف الأعراض الانسحابية المرتبطة بإدمان الهروين، أثناء محاولة تجنب تأثيراته النشطة. مركز نزع النشوة يمكن أن تكون أيضاً هاماً في علاج مشكلات إدمان المواد. إن عملية نزع النشوة تسمح للمرضى بالتغلب على التأثيرات الانسحابية للكحول، المهددة لحياة بشكل قوي، وكذلك المواد المخدرة الأخرى تحت الإشراف الطبي.

العلاج السلوكي – المعرفي: الدارسات العديدة التي ركزت على دور العلاج السلوكي – المعرفي في اكتساب المهارات اللازمة للتغلب على إدمان المواد، والاعتماد عليها أكدت أن العلاجات السلوكية – المعرفية علاجات فعالة لإدمان المواد (خصوصاً المشكلات المرتبطة بالكحول). (American psychi-atric association ,1995). بعض هذه المهارات السلوكية – المعرفية هي الضبط الذاتي، والأداء بين الشخصية، فعالية الذات، وآليات المجابهة البديلة، والوقاية من الإرتداد.

العلاج النفسي السلوكي: هناك منهجان سلوكيان أكثر شيوعاً في الإرشاد النفسي لإدمان المواد، وهما : الاشتراط الإجرائي لمكافئة السلوكيات المرتبطة بالتوقف عن تعاطي ومعاقبة المتورطين في سوء استخدام العقاقير وتقليل الحساسية المنظمة والتدريب على العلاج بالتنفير لمواجهة حالة الرغبة الجامحة في الشرب لدى المسترشد (الجمعية الأمريكية، للطب النفسي ,1995).

العلاج الفردي، بين الشخصية/السيكودينامي: قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1995) بعض الدعم للعلاج البينشخصي/السيكودينامي في الإرشاد النفسي لإدمان المواد. تذكر الجمعية أن العلاج النفسي السيكودينامي يساعد – فيما يبدو – على الوقاية من الارتداد، والأشكال الجديدة قصيرة المدى من العلاج السيكودينامي (مثل العلاج التدعيمي – التعبيري، والعلاج النفسي البينشخصي) التي اثبتت كفائتها في الإرشاد النفسي لإدمان المواد (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ,1995). هذه لمناهج الجديدة تركز على صياغة العلاقات الإرشادية الداعمة التي يمكن للمسترشدون فيها تعلم المهارات الاجتماعية اللازمة للتغلب على الأنماط السالبة من الأداء البينشخصي، والذي بدورة يقلل من مشكلات إدمان المواد (ruden & byalick ,1997) .

العلاج النفسي الجمعي: يرى لويس ورفاقه (2002) أن الإرشاد الجمعي له العديد من المميزات مقارنة بالطرق الأخرى من الإرشاد النفسي لإدمان المواد. على سبيل المثال، يمكن أن يقدّم الفرصة لأعضاء المجموعة لتقديم الدعم والتشجيع، وتوليد استراتيجيات لحل المشكلات، والتعلم عن كيفية

تطبيق المهارات الجديدة مثل التوكيدية، واختراق الرفض أو العمليات الأخرى التي تتداخل مع الاستشفاء من مشكلات إدمان المواد.

العلاج النفسي الأسري: يشير جليلاند وجيمس (1997) إلى أنه من الضروري تضمين الأسرة في العلاج من إدمان المواد. يعترف العلاج النفسي الأسري بأن سلوك كل فرد في الأسرة لابد من فهمه من منظور السلوك الأسري. لذا، فإن الشرب أو استخدام المواد الأخرى ليس حدثاً منعزلاً، ولكنه فعل يؤثر على الأداء الكلي للأسرة.

تقدم أدبيات العلاج النفسي الأسري تبصرات عديدة في الطبيعة النظامية للسلوك الأسري. على سبيل المثال، مفاهيم مثل التمكين والسيطرة من قبل الآخرين، والاعتماد على الشفرة، توحي بأن أثنين من الناس (أحدهما لدية مشكلة إدمان المواد مثل الشرب) يمكن أن يكون معتمداً على الإبقاء على العلاقة العكسية فيما يتعلق بالإدمان. في هذا الموقف، من الشائع للمدمن وأحد أفراد الأسرة المهتمين أن يحصلا على مكاسب ثانوية من الاشخاص المسيطرين عليهم للاعتماد على الشفرة، من خلال ذلك يتم تمكين المدمن من الاستمرار في الشرب (المدمنون يشعرون بأن لهم العذر في الشرب عندما يستحوذ عليهم الشرب، ويحصل أفراد الأسرة المعنيون على التعاطف مع الآخرين لصبرهم على الشرب).

يمكن أن يستخدم العلاج الأسري أيضاً في التغلب على أحد أصعب العقبات في العلاج في الإرشاد النفسي لإدمان المواد، ألا وهو الإنكار. من الشائع أن ينكر الأفراد مشكلاتهم مع الكحول أو المخدرات الأخرى، أن يقاوموا العلاج حتى عندما يكون للمشكلات تأثير عكسي خطير على صحتهم، وعلى الأسرة، وعلى الحياة الاجتماعية، وعلى العمل. عندما يحدث ذلك، فمن الممكن استخدام نموذج التدخل الأسري لجونسون (1986) لمساعدة الأسرة في مواجهة هذا الفرد (من أفراد الأسرة) بحقائق عن مشكلة إدمان المخدرات لديه. هذا المنهج ينطوي على تدريب أفراد الأسرة على التواصل بأسلوب واضح، ومباشر فيما يتعلق بهمومهم ومشاكلهم التي تخص كيفية تأثير إدمان المواد على الفرد وعلى الأسرة ككل. من الممكن أن يكون نموذج التدخل الأسري أداه فعالة في التغلب على الأفكار، ودفع الفرد لطلب المساعدة (Gilliland & james ,1997) .

مراحل التغيير Stages of Change

إن مساعدة المسترشدون على الانخراط - بنجاح - في عملية التغيير قد تكون العملية الأكثر صعوبة ومع ذلك الأكثر أهمية - في الإرشاد النفسي. لسوء الحظ، لا يعرف إلا القليل عن كيفية حدوث عملية التغيير. هذا الموقف الكئيب تمت مخاطبته بواسطة العمل الرائد لبروكاسكا ورفاقه عن كيفية ارتباط عملية التغيير بالتغلب على السلوك الإدماني. (prochaska ,1984 , prochaska et al.,1992) . يقوم نموذجهم على فكرة أن توقف السلوكيات الإشكالية واكتساب السلوكيات الصحية ينطويان على خمسة مراحل للتغيير : ما قبل التأمل، والتأمل، والإعداد، والفعل، والصيانة (pro- chaska et al.,1992). فيما يلي نقدم استعراضاً للمراحل الخمسة من التغيير وتضميناتها لتنمية استراتيجيات التدخل:

- مـا قبل التـأمل : أثناء المرحلة الأولى، لا يكون لدى المسـترشـدون خطط هـامـة للانخـراط في عملية التغيير والمقاومة والإنكار ردود فعل شائعة في مرحلة ما قبل التأمل.
- التأمل : المرحلة الثانية تتميز بوعي المسترشدون بأن لديهم مشكلة، ويفكرون في إحداث تغيير، إلا أنهم لم يصلوا إلى نقطة عمل التزام للقيام بشئ ما. فهم يميلون إلى وزن المميزات والعيوب المرتبطة بالتغيرات للمساعدة في اتخاذ القرارات.
- الإعداد : في مرحلة الإعداد، يقوم المسترشدون ببعض الأفعال - بنجاح - أثناء العام الماضي، ويخططون لمحاولة العمل في مشكلتهم أثناء الشهر المقبل (الثلاثين يوماً المقبلة).
- الفعل : يصل المسترشدون إلى مرحلة الفعل عندما يكونوا قد حققوا التغيرات اللازمة في حياتهم لمخاطبة مشكلة معينة بنجاح (مثلاً : توقفوا عن الشرب لمدة يوم إلى ستة أشهر).
- الصيانة : تتسم مرحلة الصيانة بمحاولة المسترشدون منع الارتداد والحفاظ على مكتسباتهم. في الإرشاد النفسي لإدمان المواد، تمتد الصيانة من ستة أشهر إلى بقية حياة المسترشد.

التغيير مثل الرابطة، فهو يتحرك للأمام، وللخلف كلما تقدم المسترشد أو ارتد. نظراً لأن المسترشدون يميلون إلى الارتداد، فمن الشائع النكوص إلى المراحل الأولى في عملية التغيير (pro-chaska et al,1992). لحسن الحظ، يميل الناس إلى التعلم من أخطائهم، ويستخدمون هذه المعلومات لمساعدتهم ليكونوا أكثر نجاحاً أثناء مرورهم بمراحل التغيير. أحد أهم التضمينات الخاصة بنموذج التغيير هو الحاجة إلى تحديد مكان المسترشدون الخاص بعملية التغيير، وربط موقعهم مع الشكل المناسب للتدخل. على سبيل المثال، هناك بعض الأدلة تشير إلى أنه أثناء مرحلة ما قبل التأمل، والتأمل، فإن المناهج (الاتجاهات) الخبراتية، والمعرفية، التحليلية النفسية هي الأكثر فعالية، بينما أثناء مرحلتي الفعل والصيانة، فإن النظريات الوجودية والسلوكية هي الأكثر فعالية (prochaska et al,1992).

منع الانتكاسات Prevention of Relapses

البرنامج العلاجي الشامل لإدمان على المواد ينغي أن يشتمل على استراتيجيات لمنع، أو التعامل مع انتكاس المسترشد، أو الرجوع غير المضبوط إلى تناول المخدات والكحوليات إن قوة الإنتكاس تعتبر مشكلة خطيرة في الإرشاد النفسي لإدمان المواد. تشير بعض التقديرات أن 90% من المسترشدون يحدث لهم الإنتكاس خلال أربع سنوات بعد العلاج (polich et al.,1981).

هناك العديد من العوامل المرتبطة في الإنتكاسة المتعلقة بالإدمان على المواد. وتعود الاختلافات في نتائج البرامج العلاجية الخاصة بإدمان المواد. تتعلق بوجود أو غياب الاضطرابات النفسية بالإضافة إلى اضطراب سو استخدام المواد (svanum & mcadoo,1989). يميل المسترشدون الذين ليس لديهم اضطرابات أخرى إلى تجنب الارتداد بشرط أنهم يستجيبوا للعلاج بعد الرعاية، خصوصاً برنامج التدريبات، وأن يكون لديهم وظيفة مرضية، ولديهم ترتيبات معيشية كافية. (svanum &

(mcadoo,1989. المسترشدون ذوو الاضطرابات العقلية المتعددة أكثر عرضة للارتداد إذا استمرت اضطراباتهم الوجدانية بعد المشاركة في برنامج إدمان المواد. عوامل أخرى مثل التدريب، أو العمل، أو الظروف المعيشية لا يبدو أنها ترتبط بالارتداد بالنسبة لهؤلاء المسترشدون. نظراً لأن قلة من المسترشدون من مدمني المواد يعانون من أمراض نفسية، مثل القلق والاكتئاب (mirin et al.,1988)، فإن برامج إدمان المواد ينبغي أن تشتمل على تشخيص وعلاج دقيقين لهذه الاضطرابات كجزء من الوقاية من الارتداد.

العامل الثاني المرتبط بارتداد إدمان المواد هو اللا توازن في أسلوب الحياة والذي يمكن أن ينتج من أحداث حياتية معينة. إن أنواع الأحداث التي تحدث أو تسبب الارتداد هي حالات الوجدان السالبة (35%)، والصراعات البينشخصية (16%)، والضغوط الاجتماعية (20%)، (cummings et al.,1980. دمج لويس ورفاقه (2002) نموذج الارتداد عن مارليت وجوردون (1985) في الوصف التالي لكيفية حدوث الارتداد.

يمكن أن يحدث اللا توازن في أسلوب الحياة عندما يمر المسترشد بمشكلة معينة، مثل العقبات في العمل، أو مشكلة العلاقة. اللاتوازن يمكن أن يجعل المسترشد يشعر بالحاجة إلى إطلاق سراح الضغوط الحالية، وقد يربط المسترشد تناول المسكر بالتفكير التالي :"أنا استحق هذا المشروب، بسبب ما أقوم به، وما أمر به".عند هذه النقطة، قد ينكر المسترشد أن لديه مشكلة في الكحول، وقد يتخذ قرارات لا علاقة لها بالموضوع على الإطلاق. إن افتقاد المسترشد لمهارات المجابهة الضرورية، سوف يجعله يشعر بالنقص في فعالية الذات، والشعور بعدم القدرة على مجابهة الموقف، وهذا بدوره سوف ينتج عن زلة – بداية الشرب – ويخلق تأثير اختراق التوقف، كما أن اختراق التوقف يؤثر سلباً في فعالية الذات لدى المسترشد، ويقلل من الثقة بالنفس. قد يفكر المسترشد :" أنا إنسان سكير يائس". هذا التفكير السلبي يمكن أن يخلق نبوءة، ويؤدي إلى احتمالية زائدة من الارتداد. في هذا النموذج، فإن المفتاح إلى الوقاية من الارتداد يتمثل في تدريس مهارات فعالية مثل إدارة الضغوط، التي يمكن أن تزيد من فعالية الذات، والتقليل من احتمالية الارتداد.

الإرشاد النفسي للشيخوخة GERONTOLOGICAL COUNSELING

إن النقص في معدلات المواليد، والتطور الطبى قد ينتج عنه زيادة كبيرة في كبار السن في كل أنحاء العالم (Yen, 2009). هناك أدلة على هذا التحول العالمي في الديموجرافيا كما يلي:

- يشكل كبار السن الآن 8% من سكان العالم البالغ عددهم 8,6 مليار نسمة.
- أعلى نسبة كبار السن في ألمانيا، إيطاليا، اليابان، وموناكو (20% من إجمالي السكان بهذه البلاد).

- منذ عام 2000، زادت نسبة كبار السن بمعدل 23%إلى 512 مليون نسمة (مرتين تقريباً من إجمالي عدد الأفراد).
- بحلول عام 2050، سوف يكون فرد واحد من كل ستة أفراد يبلغ من العمر 65عاماً (ضعف ما هم عليه الآن) (Yen, 2009). يمثل الإرشاد النفسي لكبار السن تخصصاً ناشئاً ضمن مهنة الارشاد النفسي. هذا الجزء سوف يخاطب الإرشاد النفسي لكبار السن من منظور الشيخوخة الناجحة، القضايا النمائية، والاستراتجيات الإرشادية.

الشيخوخة الناجحة Successful Aging

يعتبر سن 65عاماً هو العمر الزمنى الذي تبدأ عنده الشيخوخة، يعتقد أن الشيخوخة لها ثلاث فترات:الشيخ الصغير (65–74)، الشيخ الكبير (75–84)، الشيخ الأكبر (من يزيد عن 84 عاماً) – كل فترة تتميز بتغيرات معينة تحدث خلال فترة الشيخوخة (Hooyman & Kiyak,2006) الهدف الرئيسي من الإرشاد النفسي لكبار السن هو تعزيزا لشيخوخة الناجحة لدى الكبار، بما في ذلك، الانتقال الناجح، التغلب على النمطية المرتبطة بالشيخوخة، التشجيع على القدرات الشخصية،وتعزيز عوامل أسلوب الحياة المرتبطة بالأقدمية. يعرف بوترو(1992) الشيخوخة الناجحة بأنها " البقاء حيوياً لفترة أطول من خلال التأكيد على المظاهر الايجابية للحياة، ورؤية ما هو ممكن بدلاً من ما هو مماثل أو متوقع" (p.210).

يمكن أن تنطوي الشيخوخة الناجحة على التكيف مع انتقالات الحياة (مثل الانتقال من العمل إلى التقاعد)، والتى يمكن أن ينظر اليها على أنها نقاط تحول تحدث بين فترات الاستقرار داخل الفرد (Goodman et al., 2006). غالباً ما تتطلب الانتقالات شخصاً ليسافر إلى اللامعلوم، ويقوم المخاطرات، ويتكيف، ويجابه المخاوف. ومن ثم فمن الممكن أن هذه تمثل الانتقالات تحدياً في حياة الفرد، وفى الغالب يُشار إليها على أنها أزمة. من الممكن أيضاً أن تخلق هذه الانتقالات فرصاً للاكتشاف الشخصي، والتحديد، والسمو الى المستويات المرتفعة من الوجود.هناك تحدٍ آخر مرتبط بالشيخوخة الناجحة، وهو الشيخوخة المرتبطة بالجنس وتعريفات الجمال. تتألف الشيخوخة من نمطيات تتعلق بكبر السن، وتسهم في الاتجاهات السالبة (التحيز) والأفعال (التميز) (Hooyman & Kiyak,2005). على سبيل المثال، التعبير الجنسى لدى كبار السن يمكن ملاقاته بالتحيز (مثلاً : كبار السن عديمو الجنس) والتمييز (مثلاً: القيود فيما يتعلق بالخصوصية في خدمات السكن). يمكن أن تواجه النساء تحديات خاصة من كبر السن، خصوصاً عند انتقالهن الى متوسط العمر وكبر السن. من الشائع لدى النساء أن يناضلن مع تقدير الذات، والقلق، والاكتئاب المرتبط مع قضايا صورة الجسد التي تنتج عن الرسائل الإعلامية غير الواقعية / غير الصحية (saucier, 2004).

يمكن أن يستخدم المرشدون النفسيون لكبار السن العلاج النفسي بالمساواة بين الجنسين، استراتيجيات الدفاع/ العدالة الاجتماعية، والمناهج الأخرى لمساعدة كبار السن على مخاطبة القضايا المرتبطة بالشيخوخة.تعترف الشيخوخة الوظيفية بتباين تعريفات الشيخوخة. وفقاً للفرد والثقافة (Hooyman & Kiyak,2005).حدد الباحثون في مجال الشيخوخة أمثال هويمان وكياك (2005)،

مابايز وأبنى (2006) عدداً من القدرات الشخصية المرتبطة بالشيخوخة الناجحة، والتى يمكن دمجها في الآتي:

- الحفاظ على اتجاه إيجابي مثل التفاؤل لتعزيز التنبؤ بالنجاح
- المساعدة الذاتية وفعالية الذات لمساعدة كبار السن في التعرف على تحكمهم في عملية الشيخوخة (مثلاً: الانخراط في عادات حياتية صحيحة).
- الإبداع والحكمة للاكتشاف الناجح لتنقلات وتحولات الحياة.
- المرونة وتقدير الذات لتقديم القدرات للتغلب على كل ماهو يغيض مثل السلبية المرتبطة بالشيخوخة.

وصل بوتنر (2008) الى "الآفاق الزرقاء" المرتبطة بالأقدمية (المناطق الجغرافية التي يعيش فيها الناس الى مائة عام أو أكثر)، من بينها لو مالنيدا، كاليفورنيا، نيكويا بينيسولا، كوستاريكا، ساردينيا، إيطاليا، أكيتاوا، اليابان. من خلال مقابلات متعمقة مع المعمرين من هذه المناطق، حدد بروتنر ورفاقه تسعة عوامل رئيسية مرتبطة بالاقدمية والشيخوخة الناجحة (AARP,2009):

- تجنب الإفراط في الأكل (توقف عندما تكون قد امتلأت بنسبة 80٪)
- يمكن الالتزام بنظام غذائي غنى بالخضروات (بروتين أقل، وأطعمة محفوظة أقل).
- عدم شرب الخمور.
- ليكن لديك هدف في الحياة
- استفد من النظام الاعتقادي الروماني
- تجنب الإفراط في العمل، توقف، وخذ قسطاً من الراحة، والأجازات
- قم بنشاط جسدى يومياً.
- حافظ على نظام شبكة اجتماعية صحية
- اجعل الحياة الأسرية من أولوياتك.

القضايا النمائية Developmental Issues

الإرشاد النفسي لكبار السن يحتاج الى فهم النمو والتنمية الإنسانية من المهد الى اللحد. هذا الجزء عبارة عن استعراض موجز لبعض القضايا المرتبطة بالنمو الجسمي، والاجتماعي، والمعرفي، ونمو الشخصية، المرتبطة بالشيخوخة.

النمو الجسمي: عندما يصل الفرد إلى سن الشباب، يكون معظم النمو الجسمى قد حدث (Feldman ,2008). يتبع الهرم (الانحصار الطبيعى في كل الوظائف الجسمية) هذه الفترة من النمو، ويلعب دوراً رئيسياً في عملية الشيخوخة. من علامات الهرم : الاعتدال الجسمي، والقصور في الحركة، والمشكلات في الرؤية والسمع. أيضاً، كبار السن عرضة للامراض مثل السرطان نتيجة لقصور الأداء في جهاز المناعة والحالات المزمنة الأخرى مثل التهاب المفاصل، والذي يصيب 25% من السيدات فوق سن الستين (Feldman ,2008)

لحسن الحظ، فإن عملية الهرم يمكن أن يعوض عنها من خلال عادات أسلوب الحياة الصحية مثل التدريبات المنتظمة، النظام الغذائي الجيد، والابتعاد عن التدخين. التدريبات المنتظمة مهمة – خصوصاً لكبار السن لأنها يمكن أن تعزز الأداء الجسمي، والمعرفي، والوجداني.برامج اللياقة التي تهتم بالحاجات الخاصة لكبار السن يمكن أن تشتمل على رفع الأثقال من أجل تقوية العظام والعضلات، والرياضة التنفسية (الجري، أو المشي، أو السباحة) من أجل حالة القلب وأداءه.واليوجا من أجل مرونة الحركة.

النمو المعرفي : ترتبط المعرفة بالذكاء، والذاكرة، والتعلم.يذكر استعراض هو يمان وكياك (2005) عن المعرفة لدى كبار السن انه في معظم الحالات، يظل الأداء العقلي ثابتاً نسبياً خلال فترة الشيخوخة. وهذا يصدق على الذكاء البلوري (المهام اللفظية)، مع بعض الانحصار في الذكاء السائل (مهام الأداء).المشكلات في مهام الأداء ربما ترتبط بالوظائف اللامعرفية المرتبطة بالمهارات الحسية، والحركية، والإدراكية، والتي تميل إلى الانحصار في سن الشيخوخة. من الممكن أن تقوض المعرفة بشكل كبير من خلال العته المرتبطة بمرض الزهايمر والحالات الطبية الأخرى. يمكن أن يقدم المرشدون النفسيون الدعم للأفراد الذين يصابوا بهذه الحالات، وأسرهم. مع أن مشكلات التذكر شائعة بالنسبة لكبار السن آن يكون (مثلاً : محاولة تذكر أسم شئ ما)، فإن معينات الإثارة العقلية والذاكرة يمكن أن تعزز التذكر وتقوى التعلم. التعلم سلوك مدى الحياة. وعادات أسلوب الحياة الصحية مثل التدريبات المنتظمة يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تعزيز التعلم على مدار الحياة.يمكن تعريف الحكمة بأنها "معرفة الخبير في السمات العملية للحياة" (Feldman ,2008, p.610).

يُعتقد أن الحكمة ترتبط بالتأمل، والمعرفة، والتفكير في خبرات الحياة. على الرغم من أن البحوث التي تتعلق بالحكمة علم جديد نسبياً، إلا أن هناك العديد من النتائج الأساسية التي بدأت في الظهور (Feldman ,2008).

فيما يبدو أن كبار السن "مفكرون حكماء" من حيث أن لديهم مهارات فائقة في حل المشكلات، وتحليل المواقف المعقدة من عدد من الإتجاهات.فيما يبدو أيضاً أن كبار السن لديهم مهارات مصقولة من حيث " نظرية العقل" – لديهم القدرة على عمل استنتاجات دقيقة عن الحالات العقلية للآخرين- لأنهم قادرون على التعويل على خبرات الماضي في فهم الفروق الدقيقة في السلوك الانسانى.

النمو الاجتماعي ونمو الشخصية: العوامل النفسية الاجتماعية ثابتة نسبياً خلال فترة الكبر (Feldman ,2008)، بما في ذلك عدد من الصفات الشخصية التي تؤثر في الأداء اليومي، مثل مفهوم الذات، والثقة بالنفس، والانفتاحية، والتقبل، والوعى، والانبساطية، والعصابية. كما أن السعادة النفسية والصحة النفسية تميلان إلى أن تكون ثابتتين على مدار الحياة. فالسعادة مرتبطة بدرجة كبيرة بمدى قدرة الناس على الوفاء بحاجاتهم الأساسية – الحب، الانتماء، وتقدير الذات، والمكافئة الخارجية مثل المال، والمهن وقد لا يلعبان – فيما يبدو – دوراً هاماً في سعادة الفرد (Feldman ,2008).

يشير إريكسون (1963) الى أن المرحلة الأخيرة من النمو النفسي الاجتماعي هي سلامة الأنا أو كماليته (الشعور بالكلية والاكتمال مع الحياة) مقابل اليأس. فكبار السن غير القادرين على اشتقاق المعنى من الحياة يشعرون بالندم، ويصبحون عرضة للاكتئاب والانتحار. الاكتئاب هو : الاضطراب العقلي الأكثر شيوعاً بين كبار السن (Hooyman & Kiyak,2005) حيث قد يرتبط بعوامل المخاطرة الآتية: المشكلات المالية لغير المتزوجات من الإناث، الحالات الطبية المتعددة، نقص الدعم الاجتماعي، والتاريخ الأسري من الاكتئاب (Hooyman & Kiyak,2005).

أيضاً قد يكون الرجال عرضة للاكتئاب والانتحار، خصوصاً عندما يحدث قطع من نظام الدعم الوجداني لديهم (كما في الطلاق أو موت الزوجة). يمكن أن يخاطب المرشدون النفسيون الاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب لدى كبار السن من خلال الإرشاد السلوكي - المعرفي، والعلاج الطبي الدوائي.

الاستراتيجيات الإرشادية Counseling Strategies

الإرشاد النفسي لمسنين يمثل تخصصاً إرشادياً ناشئاً وهاماً (Maples& Abney, 2006). على الرغم من أن العلاج النفسي يمكن أن يكون فعالاً جداً مع كبار السن، إلا أنهم في الغالب يجدون صعوبة في طلب خدمات الصحة النفسية نظراً للمفاهيم المغلوطة عن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي Hooyman & Kiyak,2005). يمكن تهيئة العديد من النظريات الإرشادية الموجودة الأخرى مثل العلاج النفسي الوجودي للإرشاد النفسي للمسنين.

الملحوظة الشخصية التالية مثال على الإرشاد النفسي للمسنين:

ملحوظة شخصية

تعمل (تونيا)، هي طالبة في الإرشاد النفسي للصحة النفسية - كطبيب مقيم في مستشفى للحصول على درجة الماجستير. طُلب من تونيا تقديم الإرشاد النفسي لسيدة في السبعين من عمرها،تدعى "ماريا"، والتي دخلت المستشفى لحالة طبية. رأى طبيبها أنها تعانى من الاكتئاب، ولذا أحالها إلى "تونيا"، وهي في بداية العشرينات من عمرها. قالت ماريا أن من المستحيل أن تتحدث إلى فتاة صغيرة، فماذا تعرف هذه الفتاة عن حياتها أو عن الحياة بوجه عام؟ فبدلاً من الحديث مع ماريا، ذهبت ماريا مع المقاومة، ولم تحاول الحدث مع ماريا عن الإرشاد النفسي. كان اقتراحها أن يتحدث معاً وفقط. أخبرت ماريا تونيا عن أطفالها الثلاثة (هم الآن كبار، ولهم أسر أيضاً)، وعن زوجها الذى توفي، وافتقدته كثيراً، وعن الشك العام في الحياة.أخبرت تونيا أن ساعتها مع ماريا قد انتهت قبل أن تعرفها .الأسبوع التالي عندما عادت تونيا لرؤية ماريا، أخبرتها الممرضات أن ماريا طالما سألت عن عودتها، مجرد التحدث تحول إلى إرشاد نفسي، وبالتالي ساعدت تونيا ماريا أن تحصل على تبصرات عن الحياة. على الرغم من أن ماريا قالت أنها كانت تتمنى أنها قالت، وفعلت الأشياء بشكل مختلف،إلا أنها بوجه ما أصبحت سعيدة مع حياتها. أثناء الإشراف،علقت عن كيف أن انتقال العلاج النفسي قد تداخل مع المرحلة الأخيرة لاريكسون - المرحلة الأخيرة من النمو النفسي الاجتماعي (كمالية الأنا

مقابل اليأس)، وكيف أن العلاج الوجودي يمكن أن يكون مفيداً في مساعدة المسترشدون على اشتقاق المعنى من حياتهم.

القضايا الأخلاقية ETHICAL ISSUES

يخاطب الميثاق الأخلاقي للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي (2005) رعاية نهاية الحياة من حيث جودة الرعاية، كفاءة المرشد النفسي، الاختيار، والإحالة، والسيرة.

جودة الرعاية: جودة الرعاية تتطلب من المرشد النفسي أن :

- ينتبه الى الحاجات الاجتماعية – الوجدانية، والجسدية والروحانية للمسترشدون.
- يعزز التقرير الذاتى لدى المسترشد من خلال الموافقة المعلنة، والعمليات الأخرى التي تمكنهم من لعب دور نشط في رعاية نهاية الحياة
- يضمن أن يتلقى المسترشدون التقييمات المناسبة لتحديد قدرتهم على اتخاذ القرارات المناسبة.

كفاءة المرشد النفسي والاختيار والإحالة : المرشد النفسي الذى لديه كفاءة، مشكلات شخصية أو أخلاقية ينبغي أن يشير الى المسترشدون الذين يبحثون في طلب رعاية الحياة.

السرية : المرشدون النفسيون الذين هم على وعي بالمسترشدون الذين يريدون الإسراع من موتهم قد يختارون إعلام الآخرين. في هذه الحالات، ينبغي أن يستشير المرشد النفسي المتخصصين (بما في ذلك خبراء القانون) لتحديد الفعل المناسب فيما يتعلق بخرق السرية يقدم ويرث & كرو (2009) استعراضاً للقضايا المرتبطة بإرشاد المسترشدون في مرحلة نهاية الحياة. كما ذكرا أن التشخيص والعلاج الصحيحين للاضطرابات العقلية مظهر هام لرعاية نهاية الحياة. الحزن استجابة وجدانية شائعة للموت والإماتة، متى كان ذلك ضرورياً، ينبغي أن يساعد المرشدون النفسيون الأفراد الذين يفكرون في الموت، وأحبابهم في عملية التعزية. إن مخاطبة القضايا الدينية / الروحانية يمكن أن تكون جزءً هاماً في هذه العملية.يمكن أن ينخرط المرشدون النفسيون في تدخلات أخرى ترتبط برعاية نهاية الحياة مثل تيسير التواصل ذي المعنى بين الشخص الذي يفكر في الموت، وأفراد الأسرة.

خطوط إرشادية للإرشاد النفسي للمسنين Guidelines for Gerontological Counseling

يواجه المسنون عدداً من التحديات المرتبطة بالشيخوخة الناجحة. إن الهدف الرئيسي من الإرشاد النفسي للمسنين هو تعزيز الشيخوخة الناجحة من حيث التكيف للانتقالات، والتغلب على النمطيات المرتبطة بالشيخوخة، وتعزيز القدرات الشخصية، والتشجيع على عوامل أسلوب الحياة المرتبطة بالأقدمية، وتعزيز النمو الجسمي، والاجتماعي، والمعرفي، ونمو الشخصية الأمثل، مواجهة قضايا نهاية الحياة بنجاح. الخطوط الإرشادية التالية يمكن أن تكون مفيدة في الإرشاد النفسي للمسنين:

1- وضع الأهداف والاستراتيجيات الإرشادية لمخاطبة الحاجات الخاصة للمسنين مثل استخدام الفنون الإبداعية في الإرشاد الفردي والجمعي لإيقاظ الاهتمام الاجتماعي والتغلب على العزلة والوحدة.
2- التفكير في كيف أن الاستراتيجيات الإرشادية يمكن أن تعزز نظم الدعم مثل الأصدقاء، وأفراد الأسرة.
3- تكييف الاستراتيجيات الإرشادية لتناسب الحاجات الخاصة للمسنين (مثلاً :العلاج النفسي بمراجعة الحياة للمساعدة في التغلب على التردد والمقاومة للإرشاد النفسي والعلاج النفسي).
4- الاستفادة من استراتجيات الدفاع / العدالة الاجتماعية مع المسنين لمقاومة القوى المجتمعة السالبة مثل الشيخوخة، التحيز، والتمييز.
5- الاستفادة من العلاج السلوكى - المعرفي والاستراتجيات الأخرى لتعزيز القدرات الشخصية المرتبطة للشيخوخة الناجحة، والمساعدة الذاتية، والاتجاه الموجب والتفاؤل، والمرونة.
6- تعزيز عوامل أسلوب الحياة المرتبطة بالاقدمية، بما في ذلك: التدريب، والنظام الغذائي المناسب، المعنى في الحياة، العلاقات الاجتماعية - الأسرية، والحد من مستوى الضغوط.
7- التعرف على الدور الذي يمكن أن تلعبه الروحانية والدين في حياة الكبار، خصوصاً عندما يواجهون قضايا نهاية الحياة.
8- تشخيص القضايا الطبية، وقضايا الصحة النفسية مثل الاكتئاب والخبل، والتى تحتاج إلى تقييم وعلاج إضافيين.
9- الوعي بالمواثيق الأخلاقية، والقضايا الأخلاقية التي قد تؤثر على المسنين (مثلاً: رعاية نهاية الحياة).
10- الاستفادة من حكمة كبار السن، حيث إن لديهم الكثير ليقدموه لنا، ونتعلمه منهم.

الاتجاهات TRENDS

هناك اتجاهات عديدة قد أثرت في كل مظاهر مهنة الإرشاد النفسي، بما في ذلك الإرشاد النفسي للصحة النفسية. هذا الجزء يراجع الاتجاهات والمناظير للإرشاد النفسي للصحة النفسية، والتى تتعلق بالمستقبلية، والانترنت قضايا النظام البيئي، وقضايا التنوع، والقضايا المرتبطة بالرعاية المضبوطة.

الاتجاهات المستقبلية Postmodern Trends

الاتجاهات المستقبلية تعيد تشكيل الأسلوب الذى من خلاله يتم صياغة مفاهيم الإرشاد النفسي للصحة النفسية، ويتم ممارسته (أنظر العدد الخاص لمجلة الإرشاد النفسي للصحة النفسية، العدد 16)،1999 عن وجهات النظر البنائية والنظام البيئي (DAndrea,2000, Gutterman, 1996).

يمكن فهم اتجاه ما بعد المعاصرة بمقارنة مفاهيمه الرئيسية مع مفاهيم المعاصرة. ينظر المعاصرون إلى "النفس" على أنها ذاتية ومستقلة. ومن ثم، فإن مشكلات مثل الاكتئاب – من منظور المعاصرة – تسببه صراعات داخلية (مثلاً: الصراعات النفسية الداخلية). إن النظرية المعاصر للعالم موضوعية، ولها فهم ثابت عن المعرفة والحقيقة. مناهج البحث في المعاصرة تميل إلى أن تكون كمية، تركز على اختبار الفروض القابلة للملاحظة والقياس. إن تقييم مشكلات المسترشدون يقوم على علاقات السبب– التأثير مع التركيز على المحتوى أكثر من العملية (مثلاً: التفكير اللاعقلاني المختل وظيفياً يسبب الاكتئاب، ولذا لابد من تحليله من حيث محتواه). أيضاً، وضع الأهداف والتدخلات يتم بالاتفاق المتبادل بين المرشد النفسي والمسترشد وتظهر في النظريات والمناهج الإرشادية المعاصرة. أما الفكر ما بعد المعاصر، فيأخذ نظرية أوسع عن الذات ليشتمل على القوى البينشخصية، والنظامية، والثقافية – الاجتماعية.

ينظر إلى المشكلات النفسية، والمعرفة، والحقيقة، بشكل شخصي من منظور ظواهراتي ويفهم ضمنه السياق الذي تعرض فيه (البيئة الثقافية – الاجتماعية). إن تقييم مشكلات المسترشدون يؤكد على العملية أكثر من المحتوى، مع التركيز على الإتجاهات السياقية/. في الغالب، ينطوي وضع الأهداف واستراتيجيات التدخل على استكشاف روايات وقصص المسترشدون، والعمل معاً لبناء (بشكل مشترك) قصص جديدة تولد المعنى الشخصي. البحوث ما بعد المعاصرة، وطرق التقييم تميل إلى أن تكون كيفية، ومن خلال ذلك يعمل المرشد النفسي والمسترشد كباحثين مشتركين مهتمين باكتشاف أنماط المعنى التي يمكن أن تولد تبصرات وفهماً. جدول (28)، يلخص المفاهيم الرئيسية التي تميز الإتجاهات المعاصرة عن الإتجاهات ما بعد المعاصرة.

جدول (28) مقارنة وجهات نظر المعاصرة وما بعد المعاصرة

	وجهات نظر المعاصرة	وجهات نظر ما بعد المعاصرة
	ذاتية ، مستقلة	سياقية/ علائقية
وجهة النظر عن الذات	مفهوم موضوعي ثابت عن المعرفة والحقيقة	منظور ظواهراتي ، مفهوم نسبي /شخصي عن المعرفة والحقيقة
وجهة النظر عن المعرفة والحقيقة	أسباب المشكلات نفسية داخلية، مع التركيز على السبب – التأثير والمحتوى) مثلاً كيف تؤثر المعرفة في الوجدان)	أسباب المشكلات تؤكد على العملية أكثر من المحتوى وترتكز حول المناظير السياقية / العلائقية
تقييم مشكلات المسترشد	يتم الاتفاق المتبادل على الأهداف بين المرشد النفسي المسترشد كما يظهر في	تنبثق الأهداف والتدخلات من استكشاف روايات المسترشد، وينتج عن ذلك بناء مشترك لقصص جديدة
وضع الأهداف والتداخلات	نظريات الإرشاد الرئيسية	تولد المعنى الشخصي
الاستراتيجيات البحثية	مناهج البحث الكمية	مناهج البحث النوعي

الملحوظة الشخصية التالية مثال على الكيفية التي انخرطت بها في منهج ما بعد المعاصرة للإرشاد النفسي.

ملحوظة شخصية

كنت أخصائي نفسي، أقدم الرعاية في المستشفى. أحد المسترشدون كانت مارثا، وهي سيدة من نافاجو تبلغ من العمر 25عاماً، ماتت أمها منذ شهرين.أحالها الطبيب إلى المستشفى بعدما شخصها بأن لديها اكتئاب مع بعض المظاهر الذُهانية. هذا الطبيب يستخدم إجراءات تشخيصية تقليدية لها أسباب – في طبيعتها – في المعاصرة (مثلاً: نظرة موضوعية ثابتة عن الواقع). اعطى الطبيب مارثا تشخيصياً بان لديها "أعراضاً ذهانية" لأنه استنتج أن مارثا كانت تسمع أصواتاً، وفقدت تواصلها مع الواقع (فقد كانت تتحدث مع أمها الميتة). وافق الطبيب على عدم إعطاءها أدوية طبية حتى يتشاور معي. في هذا الوقت، التقيت مع مارثا، وكنت أعمل في المستشفى كأخصائي نفسي لمدة عامين. وفي هذا الوقت، أصبحت حساساً لبعض المظاهر الفريدة للثقافة النافاجوية، مثل دور رجال الطب في تعزيز الصحة النفسية والشفاء. كما كنت على وعي أيضاً بالكيفية التي تشكل فيها القيم والعادات، والاتجاهات نظرة المسترشدون عن الواقع. لذا، كنت صريحاً ومنفتحاً مع قصة مارثا عندما أخبرتني بأنها تتحدث مع أمها الميتة. سألتني : هل تصدقني عندما أقول لك أنني أتحدث دائماً مع أمي؟. قلت لها لا يهم ماذا كنت أصدق أم لا، الأهم هو مايهمها هي.عملت مع مارثا، محاولاً مساعدتها، لمدة أسبوعين. مع دعم أسرتها، أصبحت مارثا قادرة على التغلب على حزنها. ومع الوقت، أصبحت قصتها قصة أمل وتفاؤل من الحزن، واليأس، والخسارة.أعتقد أن علاقتي معها والتحالف العلاجي قد عززا انفتاحي على خبراتها. خبرات الإكلينيكية مثل هذه جعلتني على وعي بأهمية الحفاظ على منظور ظواهراتي ما بعد المعاصرة في الإرشاد النفسي.

فيما يبدو أن داندريا (2000) يأخذ منظوراً إرشادياً مجتمعياً في مخاطبة المشكلات المتعددة التي تتعلق بالاتجاهات الناشئة في ما بعد المعاصرة والبنائية، حيث يشير إلى أن ما بعد المعاصرة قد بالغت في التأكيد على "العمليات الداخلية لاستخلاص المعنى"، وبالغت في النظر إلى أهمية العوامل المجتمعية التي قد يكون لها تأثير عكسي على سعادة ورفاهية المسترشد(p.14) يشير داندريا أيضاً إلى أن ما بعد المعاصرة ينبغي أن تراعي تعدد الثقافات، وان منظّريها ينبغي أن يصبحوا مدافعين عن العدالة الاجتماعية. فيما يبدو أن نظريات ما بعد المعاصرة لديها الكثير مما يمكن أن تقدمه، ولكن هناك حاجة الى مزيد من البحوث لتقييم تأثيرها على العملية الإرشادية.

الإرشاد النفسي للصحة النفسية والانترنت Mental Health Counseling and the Internet

هناك عدد من الادوات والموارد للانترنت، والتي يمكن أن تكون مفيدة للمرشدين النفسيين للصحة النفسية (Gutterman& KirK,1999):

- البريد الالكتروني : يمكن استخدامه بطرق عديدة، بما في ذلك التواصل بين الممارسين، وتقديم خدمات الإرشاد النفسي للصحة النفسية. إن للإرشاد النفسي عن طريق الانترنت مميزات، كما أن له عيوب. أما مميزاته، فتشتمل على سهولة الوصول (مثلاً: يمكن ان يتصل المسترشدون بالشبكة إذا كان لديهم وقت كما أنهم يكونون غير مقيدين بالسفر)، أما العيوب

فتشتمل على الصعوبة في مراجعة أوراق اعتماد المرشد النفسي، والفرصة المحددة لتنمية العلاقة الشخصية بين المرشد النفسي والمسترشد، وعدم التحكم أو ضعف التحكم في السرية. تم وضع معايير الممارسة الأخلاقية للإرشاد النفسي على النت بواسطة اللجنة القومية للمرشدين النفسيين المؤهلين لمراعاة القضايا الأخلاقية - القانونية التي تتعلق بالإرشاد النفسي على النت.

- غرف الشات: مألوفة ومحببة كشكل جمعي للمساعدة الذاتية، وذلك لتقديم الفرص لمسترشدين أو أكثر للمشاركة في معلومات الصحة النفسية بعضهم مع بعضهم الآخر بأسلوب ليس مقيد بزمان أو مكان.
- المواقع على الانترنت: يمكن أن تنشر معلومات تتعلق بخدمات الصحة النفسية. للجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي موقعاً على الانترنت، وقد أنشأته عام 1996، وهو (http: // www. Counseling.org).
- محركات البحث: يمكن أن تساعد المسترشدون والمرشدين النفسيين على البحث عن المعلومات على الانترنت. فشبكة الصحة النفسية (http: //www.mentalhelp . net) كان لها عام 1999مايزيدعلى 93,000قائمة للصحة النفسية.
- حلقات الشبكة: تم تكوينها لتيسير التواصل بين الواعظين والمتخصصين.
- المجتمعات على الانترنت: تقدم الفرص للأفراد لزيارة المواقع التي تميز الخدمات التفاعلية. يتم تشجيع الزوار على الزيارة دائماً، ومعرفة من يشتركون معهم في نفس الاهتمامات. المجتمعات على الانترنت تشتمل على شبكة الإرشاد النفسي العالمي (http: // www. Counseling net-work.com)،والسلوك على الانترنت : مكان الملتقى العلمى للسلوك والصحة النفسية (http: // www. Behavior. net).
- المنشورات الدراسية والنشرات الإخبارية المتخصصة: يمكن الوصول إليها عن طريق الانترنت.
- فرص التدريب والتعليم: متاحة على الانترنت معظم المؤسسات المهنية تقدم فرص التربية المستدامة على الانترنت، وكثير من الجامعات تستفيد من الانترنت لبرامج التعليم عن بعد، والتى تشتمل في بعض الحالات على مناهج تخرج في الإرشاد النفسي للصحة النفسية.

يرى اثنان من الباحثين: جوترمان وكيرك (1999) الانترنت على أنه انعكاس لمعتقدات ما بعد المعاصرة. من منظور ما بعد المعاصرة، أصبح الانترنت قوى ثقافية اجتماعية رئيسية في كيفية معرفة الناس وجودهم. سماته يسهل الوصول إليها، هو ملتقى للتواصل، والاستكشاف، والاكتشاف. مع المدخلات من أفراد متعددي القوميات، تظهر الأفكار على الانترنت، والثابت الوحيد هو التغيير المستمر. الانترنت شكل نشط -غير سلبي- من التوصل حيث يمكن سماع كل الأصوات، ويمكن في نهاية أن يؤثر في أى مجال من مجالات السلوك، مع نتيجة تتمثل في أن قاعدة البيانات للعديد من المهن، بما في ذلك الإرشاد النفسي للصحة النفسية - أصبحت أكثر انسيابية، وأكثر تنوعاً. المتخصصون في الصحة النفسية يستخدمون الانترنت لمخاطبة كل من جوانب النشاط المهني من

النظرية الى البحوث، الى الممارسة.على سبيل المثال،استخدم جوترمان وكيرك (1999) الانترنت التماساً للتغذية الراجعة فيما يتعلق بإعداد مقال ينشر بعد ذلك في مجلة الإرشاد النفسي للصحة النفسية. الإمكانات يبدو أنها غير محدودة فيما يتعلق بتأثير الانترنت على تشكيل المهن مثل الإرشاد النفسي للصحة النفسية،وأيضاً على التأثير في كل جوانب الوجود الإنساني.

الإرشاد النفسي للصحة النفسية في النظام البيئي

Ecosystemic Mental Health Counseling

يعرف شيرارر وأماتى (1994) الإرشاد النفسي للصحة النفسية في النظام البيئي كمنهج "يوسّع من مجال الاستفسار والتدخل من الفرد إلى الزوجين، إلى الأسرة، والسياقات الاجتماعية الثقافية الأوسع التي تشكل بيئة الفرد"(p.3). فيما يبدو انها محاولة لدمج المفاهيم الرئيسية لما بعد المعاصرة في المفاهيم الجديدة لدور ووظيفة المرشد النفسي للصحة النفسية. الإرشاد النفسي للصحة النفسية في النظام البيئي تعترف بالدور الحيوى الذى يلعبه علم النفس الروائي والإرشاد النفسي كسرد قصصي في العملية الإرشادية (Becvar& Becvar,1994). دور المرشد النفسي للصحة النفسية موجه نحو استكشاف النظم اللغوية للمسترشد، وينتج عن ذلك التحول من إدارة الحياة إلى إدارة الحوارات(Daniels& white, 1994).

يقدم التفكير المستقبلي دمجاً فعالاً لمواقف النظرية في الإرشاد النفسي للصحة النفسية.على سبيل المثال، يرى فونج وليز (1994) أن منظور النظام البيئي يترجم – بفعالية – المفاهيم النظامية (المستخدمة على نطاق واسع في الإرشاد النفسي الأسري والزواجى) إلى الإرشاد النفسي الفردي والجمعي للصحة النفسية.

يخاطب ريجاريو – ديجليو (1994) الحاجة لدمج نظريات النمو في النظريات الإرشادية، ويقدم وصفاً عميقاً لكيف يمكن دمج النظرية المعرفية في الإرشاد النفسي للصحة النفسية في النظام البيئى. يذكر جوترمان (1996a) أن الإرشاد والتمركز حول الحل أشتق من الاتجاهات الحديثة في الإرشاد الموجز، وما بعد المعاصرة / البنائية الاجتماعية، وان الإرشاد المتمركز حول الحل يقدم إطار عمل نظري يمكن بلورته، ويجلب الهوية المهنية الفريدة للمرشدين النفسيين للصحة النفسية إلى بؤرة التركيز.

الاتجاهات ما بعد المعاصرة مثل الإرشاد النفسي للصحة النفسية في النظام البيئى أبعاد مثيرة وجديدة للإرشاد النفسي للصحة النفسية. فيما يبدو أنها تقدّم وعداً جديراً بالاعتبار بنماذج جديدة في صياغة مفاهيم العملية الإرشادية. من الممكن أن تساعد اتجاهات ما بعد المعاصرة في إعداد وإيجاد برامج علاجية شاملة وكلية في طبيعتها، وتشجع على الوعى والحساسية لقضايا التنوع مثل القوى الاجتماعية – الثقافية والجنس. الأنشطة البحثية المستقبلية في حاجة إلى أن تُوجّه نحو فعالية الاتجاهات ما بعد المعاصرة، حيث يتم دمجها في دور ووظيفة المرشدين النفسيين للصحة النفسية.

قضايا التنوع Diversity Issues

الإرشاد النفسي للصحة النفسية يحاول تطويق كل جوانب التنوع من حيث الثقافة، والجنس، والصعوبات، والروحانية – بحيث يمكن للمرشدين النفسيين تقديم خدمات الصحة النفسية للمسترشدون بحساسية وفعالية. يشير لوك (1993) إلى أن المرشدين النفسيين للصحة النفسية في حاجة إلى زيادة جهودهم للإستجابة إلى التحديات الجسام التي تفرضها قضايا التنوع في تقديم خدمات الصحة النفسية، ويرى أن المرشدين النفسيين للصحة النفسية يمكن أن يخاطبوا هذه التحديات بطرق عديدة، مثل كونهم على وعي متزايد بالقضايا الثقافية، وتقديم التقييم والتشخيص بشكل مُعدّل، وإعداد استراتيجيات تدخل وثيقة الصلة بالثقافة، وزيادة الوعي، والاستفادة من القوى السياسية التي لها تأثير على الأداء النفسي.

تم إعداد نموذج الرعاية الصحية الحساسة للثقافة، والمتمركز حول المريض في محاولة لدمج المنظور الحساس للثقافة للمرضى منخفضي الدخل، والمتنوعين عرقياً (Tucker, et al. 2007). إن تدريب هيئة الرعاية الصحية والمرضى على النموذج له تأثير إيجابى على البيئة النفسية للرعاية الصحية، ويعزز سلوكيات واتجاهات هيئة الرعاية الصحية والمرضى، ويعزز النواتج الإيجابية للرعاية الصحية لدى المرضى (Tucker, et al. 2007). يتم تشجيع الهيئة على عرض الاتجاهات والسلوكيات ذات الحساسية للثقافة (بما في ذلك تعديل بيئات الرعاية الصحية لجعل المرضى يشعرون بأنهم أكثر راحة)، ويتم مساعدة المرضى على الإنخراط في سلوكيات أسلوب الحياة الصحية.

النموذج متعدد المستويات للعلاج النفسي، والعدالة الاجتماعية، والحقوق الإنسانية يخاطب قضايا الصحة النفسية للمهاجرين من اتجاه (منظور) متعدد الثقافات / العدالة الاجتماعية (Bemak& Chung, 2008b). فيما يبدو أن هذا النموذج مثال على التداخلات الحساسة للثقافات التي يمكن تكييفها للأفراد الآخرين من ثقافات متعددة. هذا النموذج له خمسة مستويات على النحو الآتي:-

المستوى1 : التربية للصحة النفسية : تستخدم التدخلات النفسية التربوية للمساعدة في توجيه المهاجرين من المسترشدون الى خدمات الإرشاد النفسي، والصحة النفسية.

المستوى2 : الإرشاد الفردي والجمعي والأسري: يتم تشجيع المرشدين النفسيين لتكييف الاستراتيجيات الإرشادية التقليدية للحاجات الفريدة للمسترشدون من منظور الثقافات المتعددة.

المستوى3 : المساعدة الثقافية : تستخدم العدالة الاجتماعية، والدفاع، والتداخلات الأخرى لمساعدة المسترشدون المهاجرين على تحقيق الحالة ثنائية الثقافات (مثلاً: الانتقال الى ثقافة المجتمع مع الاحتفاظ بالميراث الثقافي المرغوب فيه).

المستوى4 : دمج العلاج التقليدي والغربي : المرشدون النفسيون يحترمون الأشكال التقليدية والغربية من العلاج.

المستوى5 : مخاطبة العدالة الاجتماعية وقضايا الحقوق الإنسانية :يعمل المرشدون النفسيون مع المسترشدون المهاجرين لضمان فرص متكافئة ووصول متكافئ للموارد المجتمعية. إن القضايا الثقافية هامة وحاسمة في كل مراحل الإرشاد النفسي.على سبيل المثال، الإرشاد النفسي لإدمان المواد يوضح أهمية القضايا الثقافية في الإرشاد النفسي للصحة النفسية. يعتبر كل من التثقيف، مصادر الضغوط، والمعتقدات، والاتجاهات التي تتعلق باستخدام المواد عوامل ثقافية هامة تسهم في تنمية وعلاج إدمان المواد (Terrell, 1994).

إذا كان الحديث عن الضغوط التي تتم أثناء عملية التثقيف، وكنتيجة للقيم الثقافية المتصارعة فيما يتعلق بإدمان المواد، فمن الممكن أن يلعب التثقيف دوراً في علاج إدمان المواد. يمكن وكمثال على الضغوط انظر إلى الأمريكان الأصليين الذين ينتقلون من الأرض التي يعيشون فيها إلى المناطق القروية. يمكن أيضاً أن تلعب المعتقدات والاتجاهات التي تتعلق بإدمان المواد دوراً في العلاج.على سبيل المثال، ربما يقاوم الأمريكان الأفارقة استثمار أنفسهم في علاج إدمان المواد الذى يلتزم بالنموذج الطبي، ويشيرون الى أن إدمان المواد ليس مرضاً ولكن حالة تقوم على الاختيار الشخصي .(Terrell, 1994)

الجنس اعتبار تنوعي آخر هام في الإرشاد النفسي للصحة النفسية. معظم صور العلاج للإرشاد النفسي للصحة النفسية يقوم على النموذج الذكرى للكحول (McDonough& Russell,1994). تشير البحوث إلى أن السيدات الكحوليات لديهن حاجات خاصة ترتبط بتوقعات العلاقة، وقضايا التنمية، والوصمة المجتمعية. على سبيل المثال بعض الإناث الاسبانيات يشعرن بالايمان الثقافي القوي المانع لاستخدام الكحول للسيدات، والذي يجعل من الصعب عليهم الاعتراف بالمشكلة والسعى في طلب المساعدة من خدمات الصحة النفسية (Terrell, 1993). الجنس والاكتئاب قضية تنوع أخرى. في مراجعة دولية للأدبيات عن انتشار الاكتئاب لدى الذكور والإناث، تبين أن النساء لديهم نسب أعلى من الاكتئاب (بين 1:3، 1:4 للاكتئاب الرئيسي) ومعدلات من الاضطرابات ثنائية القطب (جنون / اكتئاب) تبدو متشابهة مع الرجال (Culberston , 1997). هناك العديد من العوامل التي تسهم في المعدلات المختلفة من الاكتئاب الرئيسى لدى الرجال (Culberston , 1997). تميل النساء إلى السعى طلباً لخدمات الصحة النفسية أكثر من الرجال، وهناك بعض المؤشرات التي تشير إلى أن الرجال يميلون إلى "علاج الذات" الكحول والمواد الاخرى للتعامل مع مشكلات مثل الاكتئاب. الفروق البيولوجية بين الرجال والنساء، والقوى السياسية مثل متطلبات رعاية الطفل والدعم الاقتصادي المنخفض يمكن أن تسهم أيضاً في المعدلات المرتفعة من الاكتئاب لدى لنساء أكثر من الرجال. المسترشدون ذوي الصعوبات في الغالب، ولكنهم أفراد متنوعون يحتاجون إلى رعاية واهتمام من المرشدين النفسيين للصحة النفسية (Helwig& Holicky,1994).

المسترشدون ذوو الصعوبات الجسمية، مثل إصابات الحبل الشوكى هم أيضاً عرضة لمشكلات إدمان المواد (Helwig& Holicky,1994). على الرغم من أن ما يقرب من نصف هؤلاء الأفراد لديهم أعراض ترتبط بإدمان المواد، إلا أن الإرشاد النفسي التأهيلي يميل الى التركيز على مساعدة

المسترشد على التكيف مع الإعاقة وليس الاعتراف بإدمان المواد وعلاجه. يشير هيلويج وهوليكى إلى أن مشكلات إدمان المواد لابد من اعتبارها أولاً لتيسير قدرة المسترشد على التفاعل مع تحديات الإعاقة حالياً. (التى تتضمن – أوقد لا تتضمن) يتم الحديث عن الروحانية في أدبيات التنوع (Bishop,1995). الروحانية – التي تم تعريفها عن أنها بناء نمائى مستوطن لدى كل الناس، وموجه نحو مخاطبة الأسئلة الرئيسية لوجود الفرد (Ingersoll) – يتم تأييدها في البحوث الحديثة نظراً للدور الايجابي الذي تلعبه هى والتدريب في الصحة النفسية (Koenig, 1997, Richards& Bergin, 1997, witmer& sweency,1995).

يلجأ الناس الى القيم الروحانية كمصدر هام للقوة والدعم في الشدة (mirranti& Burke,1995)، وهو ميل قوى جداً خصوصاً لدى المسنين أو كبار السن. هناك عدد من العوامل الأخرى التي تجعل الروحانية بعداً جذاباً للعملية الإرشادية – على وجه الخصوص – وتشتمل هذه العوامل على الآتى (Richards& Bergin,1997):

- الروحانية تعزز الإحساس الأمن بالهوية التي تعزز المرونة وتساعد على التخفيف من الضغوط والقلق.
- تقدم شعوراً بالفرضية والمعنى لكل مراحل الحياة، بما في ذلك الموت.
- تشجع الشعور والأفكار الايجابية مثل الأمل، الشفاء، التفاؤل، والعفو.
- تعزز عمليات مثل الصلاة، والتأمل والتي بدورها تعزز الشفاء من خلال أنشطة مثل التوحد مع "القوى العليا".
- تقدم نظاماً من خلال أنشطة مثل الذهاب إلى دور العبادة.
- تشجع على أسلوب الحياة الصحى.

ادارة الرعاية Managed Care

إن للرعاية المضبوطة بعض الميزات، كما أن لها بعض مناحى القصور (Lawless et al.,1999)، ومن مميزاتها ضبط تكاليف خدمات الصحة النفسية، وتحقق معايير الممارسة لضمان الجودة. أما عيوبها، فتتمثل في محدودية الوقت لعلاج الاضطرابات، والاستخدام المفرط للعلاج الدوائى في البرامج العلاجية، وقلة وصول العلاج للمريض داخل المستشفى. الرعاية المضبوطة محاولة تقوم بها المؤسسات الصحية لضبط التكاليف الطبية (papal,1995). هدفها هو مساعدة المسترشدون على تحقيق مستويات الأداء قبل المرض والحصول على تخفيف الأعراض، كما أن الرعاية المضبوطة لا تهتم كثيراً بالتعزيز النمائى أو الوقائي (papal,1995) ينبغي أن يصبح المرشدون النفسيون للصحة النفسية والمتخصصون الآخرون في الرعاية الصحية ممولين لنظمات الرعاية المضبوطة من أجل الوصول الى برامج التامين للمسترشدون، تلك البرامج التي مازالت تظهر تحت حركة الإصلاح للرعاية الصحية.

هناك وجهان للرعاية المضبوطة يؤثران مباشرة على تقديم خدمات الصحة النفسية وهما: التأكيد على التشخيص، والتأكيد على استخدام جلسات محدودة في الوقت، ومتمركزة حول الحل. لذا، فإن المرشدين النفسيون للصحة النفسية (والممارسين الآخرين)يشعرون - في الغالب - بأنهم تحت ضغط للتأكيد على توقعات الرعاية المضبوطة ليظلوا ممولين معتمدين، وهذا من شأنه أن يحدث سلوكيات أشبه بخروقات الأخلاقيات. (Bachrach,1995,papal,195)، مثل عمل تشخيصات غير ملائمة للحصول على تصريح بالخدمات، وليس ضمان سرية المسترشدون من خلال التواصل مع هيئة الرعاية المضبوطة، وتقديم خدمات غير كافية بسبب القيود على عدد الجلسات (عادة أقل من ست جلسات)، وتقديم خدمات أبعد من مجال ممارسة الفرد.

يرى البعض أن قدوم الرعاية المضبوطة يتطلب تغيرات في العملية الإرشادية ونظام تقديم الصحة النفسية (wagner&Gartner,1996). يحتاج المعالجون النفسيون إلى العمل كمدربين أو معلمين، والعمل كعوامل مساعدة للتغيير (wagner&Gartner,1996). في هذا الأسلوب، يتعلم المسترشدون المهارات من عدد كبير من الأفراد، ويمارسون ما يتعلمونه في خبرات حياتهم اليومية. لذا فإن مرحلة "العمل خلال" في الإرشاد النفسي تحدث خارج الإرشاد النفسي.بالإضافة إلى ذلك، يصبح الإرشاد النفسي عملية ذات نهاية مفتوحة تنطوي على الرعاية الحديثة (wagner&Gartner,1996). يعمل المعالج النفسي والمسترشد معاً ضمن حدود الرعاية المضبوطة لمخاطبة حاجات المسترشد بكفاءة كلما أمكن ذلك (مثلاً: قد يوقع المسترشد على عدد معين من الجلسات لعلاج مشكلة إدمان المواد ومحاولة البحث عن مساعدة أخرى في موعد تال). أحد أوجه الإرشاد النفسي الذي قد لا يحتاج إلى تغيير، وهو طبيعة التحالف العلاجي.

من الضروري أن يحافظ المرشدون النفسيون على علاقة إرشادية موجبة - تلك العلاقة التي تحدث عنها وأيدها كارل روجرزو آخرون (wagner&Gartner,1996). الرعاية المضبوطة تضع تحديات أمام المرشد النفسي للصحة النفسية والممارسين الآخرين في مجال الصحة، في عصر الضغوط المتزايدة لمنع انتشار التكلفة، من الصعب تقديم الخدمات التي تتناغم مع المعايير الأساسية للممارسة، أو الخدمات التي تكون محل اهتمام المسترشد (Bachrach,1995).

الخلاصة

للإرشاد النفسي للصحة النفسية دور وظيفي غير منظم، يؤديه الكثير من أفراد مهنة المساعدة،كما أنه مهنة ناشئة للأفراد الذين يرون أنفسهم على أنهم مرشدون نفسيون للصحةا لنفسية. تشتمل القضايا المهنية المرتبطة بالمرشدين النفسيين للصحة على الانتساب المهنى، ومتطلبات الشهادة.

إن دور ووظيفة المرشدين النفسيين للصحة النفسية يتمثلان في تقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة للمسترشدون الذين لديهم مشكلات معيشية أو اضطرابات عقلية. يمكن أن

يقدم المرشدون النفسيون للصحة النفسية خدمات متخصصة لمدى واسع من المسترشدون، بما في ذلك المسترشدون الانتحاريين، المسترشدون ذوى مشكلات إدمان المواد، والمسترشدون المسنين.

الاستكشاف الشخصي

1- ما هى التحديدات الرئيسية والفرص الأساسية المرتبطة بالإرشاد النفسي للصحة النفسية، وهل تفكر في أن تلتحق بهذه المهنة؟

2- ما هى القضايا الرئيسية المرتبطة بإدمان المواد، وكيف يمكن للمرشدين النفسيين للصحة النفسية مخاطبة هذه القضايا؟

3- كيف يمكن لمفهوم مراحل التغيير أن يكون مفيداً في علاج إدمان المواد ومشكلات الصحة النفسية الأخرى ؟

4- ما رأيك في الانتحار المنطقي (أو بمساعدة الطبيب)؟

5- كيف تشعر بما يخص العمل مع كبار السن؟

المراجع

REFERENCES

AARP (2009). Blue zones. Retrieved June 28, 2009, from http://www.aarpmagazine.org/health/longevityquest?CMP=KNC-360

Abelson, R., & Nielson, K. (1967). History of ethics. In P. Edwards (Ed.), *The encyclopedia of philosophy* (Vol. 3). New York: Macmillan.

Achenback, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ackerman, N. W. (1937). The family as a social and emotional unit. *Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society, 12*(2).

Ackerman, N. W. (1956). Interlocking pathology in family relationships. In S. Rado & G. Daniels (Eds.), *Changing conceptions of psychoanalytical medicine.* New York: Grune & Stratton.

Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family.* New York: Basic Books.

Ackerman, N. W. (1970). *Family therapy in transition.* Boston: Little, Brown.

Adams, J. H. (1997). *Perspectives of the oldest-old concerning resilience across the life span.* Unpublished doctoral dissertation, New Mexico State University, Las Cruces, NM.

Addington, J. (1992). Separation groups. *Journal for Specialists in Group Work, 17,* 20–28.

Adler, A. (1930). *The education of children.* South Bend, IN: Gateway Editions.

Adler, A. (1964). *Social interest: A challenge to mankind.* New York: Capricorn Books. (Original work published 1929)

Adler, A. (1969). *The practice and theory of individual psychology.* Patterson, NJ: Littlefield, Adams.

Adler, K. (1972). Techniques that shorten psychotherapy. *Journal of Individual Psychology, 28,* 155–168.

Adler, R. B., & Towne, N. (1996). *Looking out/looking in* (8th ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.

Aiello, T. J. (1979). Short-term group therapy of the hospitalized psychotic. In P. Olsen & H. Grayson (Eds.), *Short-term approaches to psychotherapy.* New York: Human Sciences Press.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44,* 709–716.

Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33–51). New York: Tavistock/Routledge.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46,* 333–341.

Akos, P. (2000). Building empathic skills in elementary school children through group work. *Journal for Specialists in Group Work, 25,* 214–223.

Albee, G. W., & Ryan-Finn, K. D. (1993). An overview of primary prevention. *Journal of Counseling and Development, 72*(2), 115–123.

Alberto, P. A., & Troutman, A. D. (2006). *Applied behavior analysis for teachers* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M., Jr. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40*(4), 379–384.

Allan, J., & Brown, K. (1993). Jungian play therapy in elementary school. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(1), 30–41.

Allen, J., & Allen, B. (1989). Stroking: Biological underpinnings and direct observations. *Transactional Analysis Journal, 19,* 26–31.

Allen, S. F., & Stoltenberg, C. D. (1995). Psychological separation of older adolescents and young adults

from their parents: An investigation of gender differences. *Journal of Counseling and Development, 73*(5), 542–546.

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice.* Cambridge, MA: Addison-Wesley.

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5,* 432–443.

Alper, J. (1986, May). Depression at an early age. *Science, 86,* 44–50.

Altmann, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 29–44.

Alva, S. A. (1991). Academic invulnerability among Mexican-American students: The importance of protective resources and appraisals. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13*(1), 18–34.

American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). (2001). *AAMFT code of ethical principles for marriage and family therapists.* Alexandria, VA: Author.

American Association of Suicidology. (1990). *Suicide postvention guidelines: Suggestions for dealing with the aftermath of suicide in the schools.* Denver, CO: Author.

American Counseling Association (ACA). (1995). *Code of ethics and standards of practice.* Alexandria, VA: Author.

American Counseling Association (ACA). (1997). *Code of ethics and standards of practice.* Alexandria, VA: Author.

American Counseling Association (ACA). (2003, March). *ACA governing council meeting minutes.* Alexandria, VA: Author.

American Counseling Association (ACA). (2005). *Code of ethics.* Alexandria, VA: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry (Supplement), 152*(11), 3–59.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition-text revision (DSM-IV-TR).* Washington, DC: Author.

American Psychological Association (APA). (1997, July). *Terminal illness and hastened death requests: The important role of the mental health professional.* [Brochure]. Washington, DC: Author. (Reprinted as *Professional psychology: Research and practice, 28,* 544–547, by R. K. Farberman, 1997.)

American Psychological Association (APA). (2002). *Multicultural guidelines on education and training, research, practice and organizational development for psychologists.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association (APA). (2003). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* Washington, DC: Author.

American School Counselor Association (ASCA). (1990). *American School Counselor Association role statement.* Alexandria, VA: Author.

American School Counselor Association (ASCA). (2003). *The ASCA National Model: A framework for school counseling programs.* Alexandria, VA: Author.

American School Counselor Association (ASCA). (2004). *Ethical standards for school counselors.* Alexandria, VA: Author.

American School Counselor Association (ASCA). (2005). *American School Counselor Association National Model: A framework for school counseling programs* (2nd ed.). Alexandria, VA: Author.

Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). New York: Macmillan.

Andersen, B., & Andersen, W. (1985). Client perceptions of counselors using positive and negative self-involving statements. *Journal of Counseling Psychology, 32,* 462–465.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues.* New York: Norton.

Andersen, T. (1992). Reflections on reflecting with families. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54–68). Newbury Park, CA: Sage.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Newbury Park, CA: Sage.

Angle, S. S., & Goodyear, R. K. (1984). Perception of counselors' qualities: Impact of subjects' self-concepts, counselor gender, and counselor introductions. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 576–579.

Ansbacher, H. L. (1989). Adlerian psychology: The tradition of brief psychotherapy. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 45*(1/2), 26–33.

Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (Eds.). (1956). *The individual psychology of Alfred Adler.* New York: Basic Books.

Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (Eds.). (1964). *Superiority and social interest.* Evanston, IL: Northwestern University Press.

Ansell, C. A. (1987). *Ethical practices workbook.* Santa Monica, CA: Association for Advanced Training in the Behavioral Sciences.

Appelbaum, P. S. (1993). Legal liability and managed care. *American Psychologist, 48*(3), 251–257.

Arbona, C. (1996). Career theory and practice in a multicultural context. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career theory and practice.* Palo Alto, CA: Davies-Black.

Arellano, A. R., & Padilla, A. M. (1996). Academic invulnerability among a select group of Latino university students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 18*(4), 485–507.

Argyle, M. (1981). The contribution of social interaction research to social skills training. In J. D. Wine & M. D. Syme (Eds.), *Social competence.* New York: Guilford.

Arlow, J. A. (2005). Psychoanalysis. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychoanalysis* (7th ed.) (pp. 15–51). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Arredondo, P., & Toporek, R. (2004). *Journal of Mental Health Counseling, 26*, 44–55.

Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). *Operationalization of the multicultural counseling competencies.* Alexandria, VA: Association for Multicultural Counseling and Development.

Arredondo, P., Tovar-Blank, Z .G., & Parham, T. A. (2008). Challenges and promises of becoming a culturally competent counselor in a sociopolitical era of change and empowerment. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 261–268.

Asarnow, J. R., & Calan, J. W. (1985). Boys with peer adjustment problems: Social cognitive processes. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 53*, 80–87.

Ascher, L. M. (1979). Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behavior Research and Therapy, 17*, 267–270.

Ascher, L. M., & Efran, J. S. (1978). The use of paradoxical intention in a behavioral program for sleep onset insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 547–550.

Association for Specialists in Group Work (ASGW). (1990). Ethical guidelines for group counselors. *Journal for Specialists in Group Work, 15*(2), 119–126.

Atkinson, D. R. (1993). Who speaks for cross-cultural counseling research? *The Counseling Psychologist, 21*(2), 218–224.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. W. (1998). *Counseling American minorities: A cross-cultural perspective* (5th ed.). Dubuque, IA: William C. Brown.

Atkinson, D. R., & Thompson, C. E. (1992). Racial, ethnic, and cultural variables in counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (2nd ed.) (pp. 349–382). New York: John Wiley & Sons.

Aubrey, R. F. (1982). A house divided: Guidance and counseling in 20th century America. *The Personnel and Guidance Journal, 761*, 198–204.

Avis, J. M. (1986). Feminist issues in family therapy. In F. P. Piercy, D. H. Sprenkle, & Associates (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 213–242). New York: Guilford Press.

Axelson, J. A. (1999). *Counseling and development in a multicultural society* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self.* Boston: Houghton Mifflin.

Axline, V. M. (1974). *Play therapy.* New York: Houghton Mifflin.

Ayllon, T., & Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivation system for therapy and rehabilitation.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Bachrach, L. L. (1995). Managed care: I. Delimiting the concept. *Psychiatric Service, 46*(12), 1229–1230.

Baier, K. (1958). *The moral point of view.* Ithaca, NY: Cornell University.

Baker, E. L. (1985). Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods*. Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Baker, D. B., & Benjamin, L. T., Jr. (2000). The affirmation of the scientist-practitioner: A look back at Boulder. *American Psychologist, 55*(2), 241–247.

Baker, S. (1995). Qualitative research has a place in the school counseling literature. *The School Counselor, 42*(5), 339–340.

Ball, F. L. J., & Harassy, B. E. (1984). A survey of the problems and needs of homeless consumers of acute psychiatric services. *Hospital and Community Psychiatry, 35*, 917–921.

Ballou, M. (1996). MCT theory and women. In D. W. Sue, A. E. Ivey, & P. B. Pedersen (Eds.), *A theory of multicultural counseling and therapy* (pp. 236–246). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic* (Vol. 1). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Bandura, A. (1974). Behavior theory and the models of man. *American Psychologist, 29*, 859–869.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), 122–167.

Bandura, A. (1986). *Several foundations of thought and action: A social cognition theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist, 44*(9), 1175–1184.

Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of actions and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(1), 5–21.

Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education, 18*, 243–264.

Bansberg, B., & Sklare, J. (1986). *The career decision diagnostic assessment*. Monterey, CA: CTB/McGraw-Hill.

Barclay, J. R. (1984, April). Primary prevention and assessment. *The Personnel and Guidance Journal*, 475–478.

Barlow, S. H., Burlingame, G. M., & Fuhriman, A. (2000). Therapeutic application of groups: From Pratt's "thought control classes" to modern group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 4–1*, 115–134.

Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91–100.

Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy—towards others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103–124). Washington, DC: American Psychological Association.

Barth, K., Nielson, G., Haver, B., Havik, O. E., Molstad, E., Rogge, H., & Statun, M. (1988). Comprehensive assessment of change in patients treated with short-term dynamic psychotherapy: An overview. *Psychotherapy Psychosomatic, 50*, 141–150.

Baruth, L. G., & Huber, C. H. (1985). *Counseling and psychotherapy: Theoretical analyses and skill application*. Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Baruth, L. G., & Manning, M. L. (1999). *Multicultural counseling and psychotherapy: A lifespan perspective* (2nd ed.). New York: Macmillan.

Baruth, L. G., & Robinson, E. H. (1987). *An introduction to the counseling profession*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Beale, A. V., & Scott, P. C. (2001). Bullybusters: Using drama to empower students to take a stand against bullying behavior. *Professional School Counseling, 4*(4), 300–305.

Bearden, L. J., Spencer, W. A., & Moracco, J. C. (1989). A study of high school dropouts. *The School Counselor, 37*, 113–120.

Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. In J. J. Mann & M. Stanley (Eds.), *Psychobiology*. New York: Academy of Sciences.

Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy* (pp. 149–178). New York: Brunner/Mazel.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*(4), 368–375.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 194–198.

Beck, A. T. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 165–181). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149,* 778–783.

Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2008). In R. J. Corsini and D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies* (8th ed.), (pp. 263–294). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Beck, A., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York: Guilford Press.

Becvar, R. J., & Becvar, D. S. (1994). The ecosystemic story: A story about stories. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(1), 22–32.

Bednar, R. L., Bednar, S. C., Lambert, M. J., & Waite, D. R. (1991). *Psychotherapy with high-risk clients: Legal and professional standards.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Bednar, R. L., Burlingame, G. M., & Masters, K. S. (1988). Systems of family treatment: Substance or semantics? *Annual Review of Psychology, 39,* 401–434.

Beers, C. (1908). *A mind that found itself.* New York: Longman Green.

Bello, G. A. (1989). Counseling handicapped students: A cognitive approach. *The School Counselor, 36,* 298–304.

Bemak, F., Chung, R. C. -Y. (2008a). New professional roles and advocacy strategies for school counselors: A multicultural/social justice perspective to move beyond the nice counselor syndrome. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 372–382.

Bemak, F., & Chung, R. C. -Y. (2008b). Counseling and psychotherapy with refugees. In P.B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J.E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (6th ed.), (pp. 307–324). Thousand Oaks, CA:Sage.

Berenson, B., & Mitchell, K. (1968). Therapeutic conditions for therapist-initiated confrontation. *Journal of Clinical Psychology, 24,* 363–364.

Berger, K. S., & Thompson, R. A. (2000). *The developing person through childhood and adolescence* (5th ed.). New York: Worth Publishers.

Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist, 46,* 394–403.

Bergin, J. J., Miller, S. E., Bergin, J. W., & Koch, R. E. (1990). The effects of a comprehensive guidance model on a rural school's counseling program. *Elementary School Guidance & Counseling, 25*(1), 37–45.

Bergman, L. R., & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 9,* 291–319.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove Press.

Berne, E. (1964). *Games people play.* New York: Grove Press.

Bernstein, B. L., & Figioli, S. W. (1983). Gender and credibility introduction effects on perceived counselor characteristics. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 506–513.

Bernstein, B. L., & Kerr, B. (1993). Counseling psychology and the scientist-practitioner model: Implementation and implications. *The Counseling Psychologist, 21*(1), 136–150.

Berrigan, L. P., & Garfield, S. L. (1981). Relationships of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *British Journal of Clinical Psychology, 20,* 239–242.

Berry, G. W., & Sipps, G. J. (1991). Interactive effects of counselor-client similarity and client self-esteem on termination type and number of sessions. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 120–125.

Bertoia, J., & Allan, J. (1988). Counseling seriously ill children: Use of spontaneous drawings. *Elementary School Guidance and Counseling, 22*(3), 206–221.

Betz, N. E. (1994). Self-concept theory in career development and counseling. *Career Development Quarterly, 43*(1), 32–42.

Betz, N. E., & Hackett, G. (1986). Applications of self-efficacy theory to understanding career choice behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4,* 279–289.

Beutler, L. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach.* New York: Pergamon Press.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 229–269). New York: John Wiley & Sons.

Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., & Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspective in clinical psychology. *American Psychologist, 50*(12), 984–994.

Bigler, E. D., & Ehrfurth, J. W. (1981). The continued inappropriate singular use of the Bender Visual Motor Gestalt Test. *Professional Psychology, 12*, 562–569.

Birk, J. M., & Brooks, L. (1986). Required skills and training needs of recent counseling psychology graduates. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 320–325.

Bishop, D. R. (1995). Religious values as cross-cultural issues in counseling. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension* (pp. 59–72). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Bitter, J. R., & Corey, G. (1996). Family systems therapy. In G. Corey (Ed.), *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (5th ed.) (pp. 365–443). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Bitter, J. R., & Nicoll, W. G. (2004). Relational strategies: Two approaches to Adlerian brief therapy. *Journal of Individual Psychology, 60*, 42–66.

Black, J., & Underwood, J. (1998). Young, female, and gay: Lesbian students and the school environment. *Professional School Counseling, 1*(3), 15–20.

Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry, 139*, 181–189.

Blackburn, I. M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). *A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both.* Unpublished manuscript, Royal Edinburgh Hospital, Scotland.

Blair, R. G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling, 26*, 333–348.

Blocher, D. H. (1974). *Developmental counseling* (2nd ed.). New York: Ronald Press.

Blocher, D. H. (1987). *The professional counselor.* New York: Macmillan.

Blustein, D. L. (1987). Integrating career counseling and psychotherapy: A comprehensive treatment strategy. *Psychotherapy, 24*, 794–799.

Blustein, D. L., McWhirter, E. H., & Perry, J. C. (2005). An emancipatory communitarian approach to vocational development theory, research, and practice. *The Counseling Psychologist, 33*(2), 141–179

Blustein, D. L., Prezioso, M. S., & Schultheiss, D. P. (1995). *The Counseling Psychologist, 23*(3), 416–432.

Blustein, D. L., & Spengler, P. M. (1995). Personal adjustment: Career counseling and psychotherapy. In W. B. Walsh &S. H. Osipow (Eds.), *Handbook of vocational psychology* (2nd ed.) (pp. 295–329). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Boen, D. L. (1988). A practitioner looks at assessment in marital counseling. *Journal of Counseling and Development, 66*(10), 484–486.

Bonebrake, C. R., & Borgers, S. B. (1984, February). Counselor role as perceived by counselors and principals. *Elementary School Guidance & Counseling*, 194–199.

Bonett, R. M. (1994). Marital status and sex: Impact on self-efficacy. *Journal of Counseling and Development, 73*(2), 187–190.

Bonner, H. (1959). *Group dynamics.* New York: Ronald Press.

Bonnington, S. B. (1993). Solution-focused brief therapy: Helpful interventions for school counselors. *The School Counselor, 41*(2), 126–128.

Borders, D. L., & Drury, R. D. (1992). Comprehensive school counseling programs: A review for policy makers and practitioners. *Journal of Counseling and Development, 70*(4), 487–498.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252–260.

Borg, W. B., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: An introduction* (5th ed.). New York: Longman.

Borys, D. S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethics and Behavior, 4*, 267–273.

Boswell, B. (1983). Adapted dance for mentally retarded children: An experimental study (Doctoral dissertation,

Texas Women's University, 1983). *Dissertation Abstracts International, 43*(9–A), 2925.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice.* New York: Jason Aronson.

Bowker, M. (1982). Children of divorce: Being in between. *Elementary School Guidance & Counseling, 17,* 126–130.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol I: Attachment.* London: Tavistock.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation, anxiety and anger.* New York: Basic.

Bowlby, J. (1988a). *A secure base: Parent-child attachments and healthy human development.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988b). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry, 145,* 1–10.

Brabender, V. (1985). Time-limited inpatient group therapy: A developmental model. *International Journal of Group Psychotherapy, 35,* 373–390.

Brace, K. (1992). I and Thou in interpersonal psychotherapy. *The Humanistic Psychologist, 20*(1), 41–57.

Bradford, E., & Lyddon, W. J. (1994). Assessing adolescent and adult attachment: An update. *Journal of Counseling and Development, 73*(2), 215–219.

Brady, J. P. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. In M. Goldfried (Ed.), *Cognitive therapy and research, 4,* 271–306.

Brake, K. J. (1988). Counseling young children of alcoholics. *Elementary School Guidance & Counseling, 23,* 106–111.

Brammer, L. M. (2002). *The helping relationship: Process and skills* (8th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bray, D. W., Campbell, R. J., & Grant, D. L. (1974). *Formative years in business: A long-term AT&T study of managerial lives.* New York: John Wiley & Sons.

Bredehoft, D. (1990). Self-esteem: A family affair. *Transactional Analysis Journal, 20,* 111–116.

Brennan, K. A., Shaver, P. R., & Tobey, A. N. (1991). Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships, 8,* 451–466.

Bristow-Braitman, A. (1995). Addiction recovery: 12-step programs and cognitive-behavioral psychology. *Journal of Counseling and Development, 73*(4), 414–418.

Brockman, M. P. (1987). Children and physical abuse. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Children's needs: Psychological perspectives* (pp. 418–427). Washington, DC: The National Association of School Psychologists.

Brooks, D. K., & Gerstein, L. H. (1990). Counselor credentialing and interprofessional collaboration. *Journal of Counseling and Development, 68,* 477–484.

Brooks, L. (2002). Recent developments in theory building. In D. Brown, L. Brooks, & Associates (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Brooks-Gunn, J., McCormick, M. C., Gunn, R. W., Shorter, T., Wallace, C. Y., & Heagerty, M. C. (1989). Outreach as casefindings: The process of locating low-income pregnant women. *Medical Care, 27*(2), 95–102.

Brooks-Gunn, J., McCormick, M. C., & Heagerty, M. C. (1988). Preventing infant mortality and morbidity: Developmental perspectives. *American Journal of Orthopsychiatry, 58,* 288–296.

Brown, B. M. (1995). The bill of rights for people with disabilities in group work. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(2), 71–75.

Brown, D. (1993). Training consultants: A call to action. *Journal of Counseling and Development, 72*(2), 139–143.

Brown, D. (1997). Implications of cultural values for cross-cultural consultation with families. *Journal of Counseling and Development, 76*(1), 29–35.

Brown, D., & Brooks, L. (2002). Introduction to career development: Origins, evolution and current approaches. In D. Brown & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression.* London: Tavistock.

Brown, K. S., & Parsons, R. D. (1998). Accurate identification of childhood aggression: A key to successful intervention. *Professional School Counseling, 2,* 135–140.

Brown, L. S. (1988). Feminist therapy with lesbians and gay men. In M. Dutton-Douglas & L. E. Walker (Eds.), *Feminist psychotherapies: Integration of therapeutic and feminist systems* (pp. 206–227). Norwood, NJ: Ablex.

Brown, L. S. (1997). The private practice of subversion: Psychology as tikkum olam. *American Psychologist, 52,* 449–462.

Brown, S. D., & Ryan Krane, N. E. (2000). Four (or five) session and a cloud of dust: Old assumptions and new observations about career counseling. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 740–766). New York: John Wiley.

Browning, C., Reynolds, A., & Dworkin, S. H. (1991). Affirmative psychotherapy with lesbian women. *The Counseling Psychologist, 19*(2), 177–196.

Bruce, M. A. (1995). Brief counseling: An effective model for change. *The School Counselor, 42*(5), 353–363.

Brunner, J. S. (1973). *Beyond the information given: Studies in the psychology of knowing.* New York: Norton.

Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Buber, M. (1970). *I and thou* (W. Kaufmann, Trans.). New York: Scribner's. (Original work published 1958)

Buck, J. N. (1949). The H-T-P technique: A qualitative and scoring manual, Part 2. *Journal of Clinical Psychology, 5*, 37–76.

Buettner, D. (2008, May & June). Living healthy to 100. *AARP Magazine*, 57–59, 88–89.

Bugental, J. (1976). *The search for existential identity.* San Francisco: Jossey-Bass.

Burke, D. M., & DeStreek, L. V. (1989). Children of divorce: An application of Hammond's group counseling for children. *Elementary School Guidance & Counseling, 24*, 112–118.

Burlingame, G. M., & Fuhriman, A. (1990). Time-limited group therapy. *The Counseling Psychologist, 18*(1), 93–118.

Burtnett, F. E. (1986). *Staffing patterns in mental health agencies and organizations.* Unpublished report. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Butler, L., & Meichenbaum, D. (1981). The assessment of interpersonal problem solving skills. In P. C. Kendall & S. D. Hollen (Eds.), *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions* (pp. 197–225). New York: Academic Press.

Campbell, C. A. (1993). Play, the fabric of elementary school counseling programs. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(1), 10–16.

Campbell, C. A., & Dahir, C. A. (1997). *The national standards for school counseling programs.* Alexandria, VA: American School Counselor Association.

Campbell, T. L., & Patterson, J. M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 545–584.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books.

Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation.* New York: Basic Books.

Capuzzi, D. (1988). Personal and social competency: Developing skills for the future. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Capuzzi, D., & Nystul, M. S. (1986). The suicidal adolescent. In L. B. Golden & D. Capuzzi (Eds.), *Helping families help children: Family interventions with school-related problems* (pp. 23–32). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations* (Vols. 1–2). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Carkhuff, R. R. (1971). *The development of human resources.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Carlsen, M. B. (1995). Meaning-making and creative aging. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1979). A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18*, 587–599.

Carmichael, K. D. (1994). Sand play as an elementary school strategy. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(4), 302–307.

Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 127–140.

Carr, J. E. (2005). Recommendations for reporting multiple-baseline designs across participants. *Behavioral Interventions, 20*, 219–224.

Carson, A., & Mowsesian, R. (1990). Some remarks on Gati's theory of career decision-making models. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 502–507.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle—A framework for family

therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed.). New York: Allyn & Bacon.

Carter, R. T., & Swanson, J. L. (1990). The validity of the Strong Interest Inventory with black Americans: A review of the literature. *Journal of Vocational Behavior, 36*, 195–209.

Cartwright, B. Y., Daniels, J., & Zhang, S. (2008). Assessing multicultural competence: Perceived versus demonstrated performance. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 318–322.

Casas, J. M., & Pytluk, S. D. (1995). Hispanic identity development: Implications for research and practice. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 155–180). Thousand Oaks, CA: Sage.

Casey, J. A. (1995). Developmental issues for school counselors using technology. *Elementary School Guidance and Counseling, 30*(1), 26–34.

Cashwell, C. S., Shcherbakova, J., & Cashwell, T. H. (2003). Effect of client and counselor ethnicity on preference for counselor disclosure. *Journal of Counseling and Development, 81*, 196–201.

Cashwell, C. S., & Vacc, N. A. (1996). Family functioning and risk behaviors: Influences on adolescent delinquency. *The School Counselor, 44*(2), 105–114.

Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*, 219–235.

Cattell, R. B. (1949). *Culture-fair intelligence tests.* Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Cavanaugh, M. E. (1982). *The counseling experience.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

Chambers, W. J., Puig-Antich, J., & Tabrizi, M. A. (1978, October). *The ongoing development of the Kiddie-SADS (schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children).* Paper presented at the meeting of the American Academy of Child Psychiatry, San Diego, CA.

Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 248–260.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory.* London: Sage.

Chartrand, J. M. (1996). Linking theory and practice: A sociocognitive interactional model for career counseling. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 121–134). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Chesler, M. A. (1976). Contemporary sociological theories of racism. In P. A. Katz (Ed.), *Toward the elimination of racism* (pp. 21–72). New York: Pergamon.

Chiles, A., Miller, M. L., & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1179–1184.

Choney, S. K., Berryhill-Paapke, E., & Robbins, R. R. (1995). The acculturation of American Indians: Developing frameworks for research and practice. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 73–92). Thousand Oaks, CA: Sage.

Chu, L., & Powers, P. A. (1995). Synchrony in adolescence. *Adolescence, 30*(118), 453–461.

Chung, Y. B. (1995). Career decision making of lesbian, gay, and bisexual individuals. *Career Development Quarterly, 44*(2), 178–190.

Chwalisz, K. (2003). Evidence-based practice: A framework for twenty-first-century scientist-practitioner training. *The Counseling Psychologist, 31*, 497–528.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*, 1–10.

Ciechalski, J. C., & Schmidt, M. W. (1995). The effects of social skills training on students with exceptionalities. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(3), 217–222.

Claiborn, C. D. (1987). Science and practice: Reconsidering the Pepinskys. *Journal of Counseling and Development, 65*(6), 286–288.

Clair, D., & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol, 48*, 345–356.

Clarizio, H. F., & McCoy, G. F. (1983). *Behavior disorders in children.* New York: Harper & Row.

Clark, A. J. (1995). Projective techniques in the counseling process. *Journal of Counseling and Development, 73*(3), 311–316.

Clark, M. A. & Breman, J. C. (2009). School counselor inclusion: A collaborative model to provide academic and social-emotional support in the classroom setting. *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 6–11.

Clarke, J., & Evans, E. (1973). Rhythmical intention as a method of treatment for cerebral-palsied patients. *Australia Journal of Physiotherapy, 19–20,* 57–64.

Clarke, K., & Breeberg, L. (1986). Differential effects of the Gestalt two chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 48–53.

Clewell, B. C., Brooks-Gunn, J., & Benasich, A. A. (1989). Evaluating child-related outcomes of teenage parenting programs. *Family Relations, 38*(2), 201–209.

Cochran, J. L. (1996). Using play and art therapy to help culturally diverse students overcome barriers to school success. *The School Counselor, 43*(4), 287–298.

Coe, D. M., & Zimpfer, D. G. (1996). Infusing solution-oriented theory and techniques into group work. *Journal for Specialists in Group Work, 21*(1), 49–57.

Cohen, E. D. (1990). Confidentiality, counseling, and clients who have AIDS: Ethical foundations of a model rule. *Journal of Counseling and Development, 68,* 282–287.

Cohen, E. D. (2001). Permitted suicide: Model rules for mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 23*(4), 279–295.

Colangelo, J. J. (2009). The American Mental Health Counselors Association: Reflections on 30 historic years. *Journal of Counseling and Development, 87*(2), 234–240.

Cole, C. G. (1988). The school counselor: Image and impact, counselor role and function, 1960s to 1980 and beyond. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Cole, I. (1982). Movement negotiations with an autistic child. *Arts in Psychotherapy, 9,* 49–53.

Cole, J. D., & Kupersmidt, J. B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys' groups. *Child Development, 54,* 1400–1416.

Cole, O. A., & Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14,* 297–314.

Coleman, S. (1985). *Failures in family therapy.* New York: Guilford Press.

College Entrance Examination Board. (1987). *Keeping options open: Recommendations, final reports of the commission on precollege guidance and counseling.* New York: Author.

Collins, B. G., & Collins, T. M. (1994). Child and adolescent mental health: Building a system of care. *Journal of Counseling and Development, 72*(3), 239–243.

Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 116*(3), 457–475.

Combs, A., Soper, D., Gooding, C., Benton, J., Dickman, J., & Usher, R. (1969). *Florida studies in the helping professions.* Gainesville: University of Florida Press.

Committee for Economic Development. (1991). *The unfinished agenda: A new vision for child development and education.* New York: Author.

Congdon, D. (1987). *Professional issues.* Santa Monica, CA: Association for Advanced Training in Behavioral Sciences.

Constantine, M. G., & Ladany, N. (2000). Self-report multicultural counseling competence scales: Their relation to social desirability attitudes and multicultural case conceptualization ability. *Journal of Counseling Psychology, 47,* 155–164.

Consumer Reports. (1995, November). Mental health: Does therapy help? 734–739.

Cooley, J. J. (1998). Gay and lesbian adolescents: Presenting problems and the counselor's role. *Professional School Counseling, 1*(3), 30–34.

Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Corey, G. (2009). *Theory and practice of group counseling* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Corey, G., Corey, M., & Callanan, P. (2007). *Issues and ethics in the helping professions* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Corey, G., Corey, M., Callanan, P., & Russell, J. M. (1982). Ethical considerations in using group techniques. *Journal for Specialists in Group Work, 7,* 140–148.

Corey, G., Williams, G. T., & Moline, M. E. (1995). Ethical and legal issues in group counseling. *Ethics and Behavior, 5*(2), 161–183.

Corey, M., & Corey, G. (2010). *Groups: Process and practice* (8th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Cormier, L. S., & Hackney, H. (1993). *The professional counselor: A process guide to helping* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (1998). *Interviewing strategies for helpers* (4th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Cornell, D. G. & Sheras, P. L. (2006). *Guidelines for responding to students' threats of violence.* Boston: Sopris West Educational Services.

Corrigan, J. D., Dell, D. M., Lewis, K. N., & Schmidt, L. D. (1980). Counseling as a social influence process: A review [monograph]. *Journal of Counseling Psychology, 27,* 395–441.

Corsini, R. J. (1977). Individual education. *Journal of Individual Psychology, 33,* 295–349.

Corsini, R. J. (1979). Individual education. In E. Ignas & R. J. Corsini (Eds.), *Alternate educational systems* (pp. 200–256). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Corsini, R. J., & Wedding, D. (2000). *Current psychotherapies* (6th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Costello, A. J., Edelbrock, C. S., Dulcan, M. K., & Kalas, R. (1984). *Testing of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in a clinical population* (Contract No. DB-81-0027, final report to the Center for Epidemiological Studies, National Institute for Mental Health). Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Costello, A. J., Edelbrock, C., Kalas, R., Kessler, M. D., & Klaric, S. H. (1982). *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC).* Unpublished interview schedule, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh.

Cottone, R. R. (2001). A social constructivism model of ethical decision making in counseling. *Journal of Counseling and Development, 79*(1), 39–45.

Couch, R. D. (1994, February). Changes in the theory and practice of individual psychotherapy by the year 2003. *The Advocate, 6.*

Couch, R. D. (1995). Four steps for conducting a pregroup screening interview. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(1), 18–25.

Couch, R. D., & Childers, J. H., Jr. (1989). A discussion of differences between group therapy and family therapy: Implications for counselor training and practice. *Journal for Specialists in Group Work, 14*(4), 226–231.

Cox, O. C. (1959). *Caste, class, and race.* New York: Monthly Review.

Craig, C. J. (2002). *Human development* (9th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Cramer, D. (1994). Self-esteem and Rogers' core conditions in close friends: A latent variable path analysis of panel data. *Counseling Psychology Quarterly, 7*(3), 321–337.

Creswell, J. W., Hanson, W. E., Plano-Clark, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research design. *The Counseling Psychologist, 35*(2), 236–264.

Cripe, F. F. (1986). Rock music as therapy for children with attention deficit disorder: An exploratory study. *Journal of Music Therapy, 23,* 30–37.

Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychological testing.* New York: Harper & Row.

Cross, W. E., Jr. (1995). The psychology of nigrescence: Revising the Cross model. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 93–122). Thousand Oaks, CA: Sage.

Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist, 52*(1), 25–31.

Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors.* New York: Pergamon Press.

Cummings, N. A. (1990). The credentialing of professional psychologists and its implication for other mental health disciplines. *Journal of Counseling and Development, 68,* 485–490.

Curran, J., & Loganbell, C. R. (1985). Factors affecting the attractiveness of a group leader. *Journal of College Student Personnel, 24,* 250–255.

D'Andrea, M. (2000). Postmodernism, constructivism, and multiculturalism: Three forces reshaping and expanding our thoughts about counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(1), 1–16.

D'Andrea, M. (2004). Comprehensive school-based violence prevention training: A developmental-ecological training model. *Journal of Counseling and Development, 82,* 277–286.

D'Andrea, M., & Foster Heckman, E. (2008a). Contributing to the ongoing evolution of the multicultural counseling movement: An introduction to the special issue. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 259–260.

D'Andrea, M., & Foster Heckman, E. (2008b). A 40 year review of multicultural counseling outcome research: Outlining a future research agenda for the multicultural counseling movement. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 372–382.

Dade County Public Schools. (1985). *Dropout prevention/reduction programs and activities.* Miami, FL: Author.

Dahir, C. A. (2009). School counseling in the 21st century: Where lies the future? *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 3–5.

Dahir, C. A. & Stone, C. B. (2009). School counselor accountability: The path to social justice and systemic change. *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 12–20.

Daigneault, S. D. (2000). Body talk: A school-based group intervention for working with disordered eating behaviors. *Journal for Specialists in Group Work, 25,* 191–213.

Daly, M., & Wilson, M. (1983). *Sex, evolution, and behavior* (2nd ed.). Boston: Willard Grant Press.

Damon, L., & Waterman, J. (1986). Parallel group treatment of children and their mothers. In K. MacFarlane & J. Waterman (Eds.), *Sexual abuse of young children.* New York: Guilford Press.

Dana, R. H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology.* Boston: Allyn & Bacon.

Daniels, M. H., & White, L. J. (1994). Revisiting Auerswald's conundrum—A response to Fong, Lease, and Lanning. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(2), 217–225.

Danish, S. J., D'Augelli, A. R., & Brock, G. W. (1976). An evaluation of helping skill training: Effects on helpers' verbal responses. *Journal of Counseling Psychology, 23,* 259–266.

Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy.* New York: SP Medical and Scientific Books.

Davanloo, H. (1984). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan and B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbooks of psychiatry.* Baltimore: Williams & Wilkins.

Davis, J. L., & Mickelson, D. J. (1994). School counselors: Are you aware of ethical and legal aspects of counseling? *The School Counselor, 42*(1), 5–13.

Davis-Berman, J. (1988). Self-efficacy and depressive symptomatology in older adults: An exploratory study. *International Journal of Aging and Human Development, 27*(1), 35–43.

Day-Vines, N. L., Wood, S. M., Grothaus, T., Craigen, L., Holman, A., Dotson-Blake, K., & Douglass, M. J. (2007). Broaching the subjects of race, ethnicity, and culture during the counseling process. *Journal of Counseling and Development, 85*(4), 401–409.

de Shazer, S. (1985). *Key solutions in brief therapy.* New York: Norton.

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work.* New York: Norton.

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* New York: Norton.

DeLucia-Waack, J. L. (1999). What makes an effective group leader? *Journal for Specialists in Group Work, 24,* 131–132.

DeLucia-Waack, J. L. (2000). Effective group work in the schools. *Journal for Specialists in Group Work, 25,* 131–132.

Denkowski, K. M., & Denkowski, G. C. (1982). Client-counselor confidentiality: An update. *Personnel and Guidance Journal, 60,* 371–375.

DePauw, M. E. (1986). Avoiding ethical relations: A timeline perspective for individual counseling. *Journal of Counseling and Development, 64*(5), 303–310.

Devine, D. A., & Fernald, P. S. (1973). Outcome effects of receiving a preferred, randomly assigned, or nonreferred therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41,* 104–107.

Digdon, N., & Gotlib, I. H. (1985). Developmental considerations in the study of childhood depression. *Developmental Review, 5,* 162–199.

Dingman, R. L. (Ed.). (1988). *Licensure for mental health counselors.* Huntington, WV: Marshall University Press.

Dinkmeyer, D. (1971). The "C" group: Integrating knowledge and experience to change behavior. *The Counseling Psychologist, 3,* 63–72.

Dinkmeyer, D. (1973). The parent "C" group. *Personnel and Guidance Journal, 52,* 4.

Dinkmeyer, D., & Carlson, J. (1973). *Consultation: Facilitating human potential and processes.* Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Dinkmeyer, D., & Carlson, J. (1984). *Time for a better marriage.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., & Dinkmeyer, D., Jr. (1982). *Developing understanding of self and others. DUSO-1 Revised, DUSO-2 Revised.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., & Dinkmeyer, D., Jr. (1985). Adlerian psychotherapy and counseling. In S. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods.* Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Dinkmeyer, D., & Dreikurs, R. (1963). *Encouraging children to learn: The encouragement process.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Dinkmeyer, D., & Losoncy, L. E. (1980). *The encouragement book: Becoming a positive person.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. (1990). *Systematic training for effective parenting of teens* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., & McKay, G., (1997). *Systemic training for effective parenting (STEP): The parent's handbook* (4th ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., McKay, G., & Dinkmeyer, D., Jr. (1997). *Parent's handbook: Systemic training for effective parenting.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., McKay, G., Dinkmeyer, D., Jr., Dinkmeyer, J. S., & Carlson, J. (1985). *PREP for effective family living: Student handbook.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Dinkmeyer, D., Jr., & Sperry, L. (2000). *Counseling and psychotherapy: An integrated, individual psychological approach* (3rd ed.). Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Dixon, A. L., Scheidegger, C., & McWhirter, J. J. (2009). The adolescent mattering experience: Gender variations in perceived mattering, anxiety, and depression. *Journal of Counseling and Development, 87*(3), 302–310.

Dixon, D. N., & Glover, J. A. (1984). *Counseling: A problem solving approach.* New York: John Wiley & Sons.

Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 414–419.

Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer social station. *Child Development, 54,* 1386–1399.

Donne, J. (1952). *The complete poetry and selected prose of John Donne.* New York: Random House.

Dorn, F. J., & Day, B. J. (1985). Assessing change in self-concept: A social psychological approach. *American Mental Health Counselors Association Journal, 7,* 180–186.

Dougherty, A. M. (1995). *Consultation: Practice and perspectives in school and community settings* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Douglas, C. (2008). Analytical psychotherapy. In R. J. Corsini and D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.). (pp. 107–140). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Dowd, E. T., & Sanders, D. (1994). Resistance, reactance, and the difficult client. *Canadian Journal of Counseling, 28*(1), 13–24.

Dreikurs, R. (1949). The four goals of children's misbehavior. *Nervous Child, 6,* 3–11.

Dreikurs, R. (1971). *Social equality: The challenge of today.* Chicago: Henry Regnery.

Dreikurs, R., Corsini, R. J., Lowe, R., & Sonstegard, M. (1959). *Adlerian family counseling.* Eugene, OR: University of Oregon Press.

Dreikurs, R., & Soltz, V. (1964). *Children: The challenge.* New York: Hawthorn Books.

Drummond, R. J. (2000). *Appraisal procedures for counselors and helping professionals* (4th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Dryden, W. (1987). Theoretically consistent eclecticism: Humanizing a computer "addict." In J. C. Norcross (Ed.), *Casebook of eclectic psychotherapy* (pp. 221–237). New York: Brunner/Mazel.

Duncan, B. L., & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy, 31,* 294–301.

Dungy, G. (1984). Computer-assisted guidance: Determining who is ready. *Journal of College Student Personnel, 25*, 539–546.

Dunn, R. L., & Schwebel, A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology, 9*(1), 58–68.

Duran, L., Firehammer, J., & Gonzalez, J. (2008). Liberation psychology as the path toward healing cultural soul wounds. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 288–295.

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology.* Glencoe, IL: Free Press.

Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 110*, 204–214.

Durrant, M. (1995). *Creative strategies for school problems: Solutions for psychologists and teachers.* New York: Norton.

Dusay, J., & Dusay, K. M. (1989). Transactional analysis. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (4th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Duvall, E. M. (1957). *Family development.* Philadelphia: Lippincott.

Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Dworetzky, J. P. (1996). *Introduction to child development* (6th ed.). New York: ITP.

Dysinger, B. J. (1993). Conflict resolution for intermediate children. *The School Counselor, 40*(4), 301–308.

Ebert, B. (1978). The healthy family. *Family Therapy, 5*(3), 227–232.

Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Iver, D. M. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and families. *American Psychologist, 48*, 90–101.

Edelbrock, C., & Costello, A. J. (1988). Structured psychiatric interviews for children. In M. Rutter, A. H. Tuma, & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (pp. 82–112). New York: Guilford Press.

Edelson, M. (1994). Can psychotherapy research answer this psychotherapist's questions? In P. F. Tally, H. H. Strupp, & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap.* New York: Basic Books.

The Education Trust. (1999). *Transforming school counseling.* Retrieved January 18, 2002, from http://www.edtrust.org/main/school_counseling.asp

Egan, G. (2002). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating* (7th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Eggen, P., & Kauchak, D. (1994). *Educational psychology: Classroom connections* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Eidson, C. E., Jr. (1989). The effects of behavioral music therapy on the generalization of interpersonal skills from sessions to the classroom by emotionally handicapped middle school students. *Journal of Music Therapy, 26*(4), 206–221.

Elkaim, M. (1982). From the family approach to the socio-political approach. In F. Kaslow (Ed.), *The international book of family therapy* (pp. 331–357). New York: Brunner/Mazel.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: I. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971–982.

Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use.* Beverly Hills, CA: Sage.

Elliot, G. (1989). An interview with George M. Gazda. *Journal for Specialists in Group Work, 14*(3), 131–140.

Elliott, J. M. (1999). Feminist therapy. In C. Capuzzi & D. R. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (2nd ed.) (pp. 201–230). Columbus, OH: Merrill.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *RET handbook of rational-emotive therapy* (pp. 3–34). New York: Springer.

Ellis, A. (1986). Comments on Gloria. *Psychotherapy, 23*, 647–648.

Ellis, A. (1993, Summer). RET becomes REBT. *IRETletter, 1*, 4.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy revised.* New York: Carol Publishing.

Ellis, A. (1996). *Better, deeper and more enduring brief therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Ellis, A. (2000). A continuation of the dialogue on issues in counseling in the postmodern era. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(2), 97–106.

Ellis, A. (2008). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini and D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.) (pp. 187–222). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Ellis, A., & Harper, R. (1975). *A new guide to rational living* (Rev. ed.). Hollywood: Wilshire Books.

Ellis, P. L. (1982). Empathy: A factor in antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10,* 123–133.

Elman, N. S., & Forrest, L. (2004). Psychotherapy in the remediation of psychology trainees: Exploratory interviews with training directors. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(2), 123–130.

Emmelkamp, P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 379–427). New York: John Wiley & Sons.

Emmons, R., & Nystul, M. S. (1994). The effects of a prenatal course including PREP for effective family living on self-esteem and parenting attitudes of adolescents: A brief report. *Adolescence, 29,* 935–938.

Engels, D. W., Minor, C. W., Sampson, J. P., & Splete, H. H. (1995). Career counseling specialty: History, development, and prospect. *Journal of Counseling and Development, 74*(2), 134–138.

England, L. W., & Thompson, C. L. (1988). Counseling child sexual abuse victims: Myths and realities. *Journal of Counseling and Development, 66,* 370–373.

Enns, C. Z. (1988). Dilemmas of power and equality in marital and family counseling: Proposals for a feminist perspective. *Journal of Counseling and Development, 67*(4), 242–248.

Enns, C. Z. (1993). Twenty years of counseling and therapy: From naming biases to implementing multifaceted practice. *The Counseling Psychologist, 21*(1), 3–87.

Epstein, E. S., & Loos, V. E. (1989). Some irreverent thoughts on the limits of family therapy: Towards a language-based explanation of human systems. *Journal of Family Psychology, 2*(4), 405–421.

Erford, B. T., House, R., & Martin, P. (2003). Transforming the school counseling profession. In B. T. Erford (Ed.), *Transforming the school counseling profession* (pp. 1–20). Columbus, OH: Merrill.

Eriksen, K., & Kress, V. E. (2008). Gender and diagnosis: Struggles and suggestions for counselors. *Journal of Counseling and Development, 86*(2), 152–162.

Erickson, M. (1954a). Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2,* 261–283.

Erickson, M. (1954b). Special techniques on brief hypnotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2,* 109–129.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis.* New York: Norton.

Eron, J. B., & Lund, T. W. (1993). How problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts. *Family Process, 32,* 291–309.

Estes, C. P. (1992). *Women who run with the wolves.* New York: Ballantine Books.

Estrada, A. U., & Pinsof, W. M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. *Journal of Marital and Family Therapy, 21,* 403–440.

Evans, K. (2008). *Gaining cultural competence in career counseling.* Lahaska, PA: Lahaska Press.

Evans, K. M., Seem, S. R., & Kincade, E. A. (2005). In G. Corey (Ed.), *Case approach to counseling and psychotherapy* (6th ed.) (pp. 212–246). Belmont, CA: Wadsworth.

Everett, C. A. (1990a). The field of marital and family therapy. *Journal of Counseling and Development, 68,* 498–502.

Everett, C. A. (1990b). Where have all the "gypsies" gone? *Journal of Counseling and Development, 68,* 507–510.

Everstine, L., Everstine, D. S., Heymann, G. M., True, R. H., Frey, D. H., Johnson, H. G., & Seiden, R. H. (1980).

Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist, 9,* 828–840.

Eysenck, H. J. (1965). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319–324.

Fadiman, J., & Frager, R. (1976). *Personality and personal growth.* New York: Harper & Row.

Farren, C., Gray, J. D., & Kaye, B. C. (1984). Mentoring: A boon to career development. *The Personnel and Guidance Journal, 61,* 20–24.

Fassinger, R. E. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. *The Counseling Psychologist, 19*(2), 157–176.

Fassinger, R. E. (1995). From invisibility to integration: Lesbian identity in the workplace. *The Career Development Quarterly, 44*(2), 148–167.

Fassinger, R.E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 156–166.

Feist, J. (1985). *Theories of personality.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Feldman, R. A., Caplinger, T. E., & Wodarski, S. S. (1981). *The St. Louis conundrum: Prosocial and antisocial boys together.* Unpublished manuscript.

Feldman, R. S. (2008). *Development across the life span* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Feller, R. W. (1995). Action planning for personal competitiveness in the "broken workplace." *Journal of Employment Counseling, 32,* 154–163.

Ferris, P. A. (1988). Future directions for elementary/middle school counseling. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., et al. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development, 59,* 1569–1579.

Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly.* San Francisco: Jossey-Bass.

Fischer, A. R., Jome, L. M., & Atkinson, D. R. (1998). Reconceptualizing multicultural counseling: Universal healing conditions in a culturally specific context. *The Counseling Psychologist, 26,* 525–588.

Fisher, B. L., & Sprenkle, D. H. (1978). Therapists' perceptions of healthy family functioning. *International Journal of Family Counseling, 19*(4) 9–18.

Fisher, K. (1982, November). Debate rages on 1973 Sonell study. *APA Monitor,* 8–9.

Fitzgerald, L. F., & Rounds, J. B. (1989). Vocational behavior, 1988: A critical analysis. *Journal of Vocational Behavior, 35,* 105–163.

Fleshman, B., & Fryrear, J. L. (1981). *The arts in therapy.* Chicago: Nelson-Hall.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 715–723.

Fong, M. L., & Lease, S. H. (1994). Constructivist alternatives: The case for diversity and integration in mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(1), 120–124.

Fontaine, J. H. (1998). Evidencing a need: School counselor's experiences with gay and lesbian students. *Professional School Counseling, 1*(3), 8–14.

Forester, J. R. (1977). What shall we do about credentialing? *Personnel and Guidance Journal, 55,* 573–576.

Forester-Miller, H. (1989). Dr. Irvin Yalom discusses group psychotherapy. *Journal for Specialists in Group Work, 14*(4), 196–201.

Forisha, B. L. (2001). Feminist psychotherapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative therapy* (2nd ed.) (pp. 242–254). New York: John Wiley & Sons.

Fosterling, F. (1980). Attributional aspects of cognitive behavior modification: A theoretical approach and suggestions for techniques. *Cognitive Therapy and Research, 24,* 27–37.

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings.* New York: Pantheon Books.

Framo, J. (1992). *Family of origin theory: An intergenerational approach.* New York: Brunner/Mazel.

Framo, J. L. (1981). The integration of marital therapy with family of origin sessions. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Frances, R. J. (1988). Update on alcohol and drug disorder treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 49*(9), 13–17.

Frankl, V. (1959). *From death-camp to existentialism.* Boston: Beacon.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy.* New York: Simon & Schuster (Touchstone).

Frankl, V. (1971). *The doctor and the soul.* New York: Bantam.

Frankl, V. (1978). *The unheard cry for meaning.* New York: Simon & Schuster (Touchstone).

Frazier, S. H. (1985). Responding to the needs of the homeless mentally ill public. *Health Reports, 100,* 462–469.

Freeman, M. A. (1995). Behavioral at-risk contracting in a changing healthcare environment. In G. L. Zieman (Ed.), *The complete capitation handbook: How to design and implement at-risk contracts for behavioral health-care* (pp. 11–27). Tiburon, CA: CentraLink Publications.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams.* New York: Avon Books.

Freud, A. (1928). Introduction to the technique of child analysis. *Nervous and Mental Disease Monograph No. 48.* New York.

Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analyses. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The complete psychological works* (Vol. 22). New York: Norton.

Freud, S. (1953). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7) (pp. 3–122). London: Hogarth.

Freud, S. (1969). *A general introduction to psychoanalysis.* New York: Simon & Schuster.

Friedan, B. (1963). *The feminine mystique.* New York: Dell.

Friedlander, M. L., & Highlen, P. S. (1984). A spatial view of the interpersonal structure of family interviews: Similarities and differences across counselors. *Journal of Counseling Psychology, 31,* 477–487.

Friedlander, M. L., Highlen, P. S., & Lassiter, W. L. (1985). Content analytic comparison of four expert counselors' approach to family treatment: Ackerman, Bowen, Jackson, and Whitaker. *Journal of Counseling Psychology, 32*(2), 171–180.

Friedlander, M. L., & Tuason, M. T. (2000). Process and outcomes in couples and family therapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 797–824). New York: John Wiley & Sons.

Friedman, S. (1997). *Time-effective psychotherapy: Maximizing outcomes in an era of minimized resources.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Frieman, B. B. (1993). Children of divorced parents: Action steps for the counselor to involve fathers. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(3), 197–205.

Fromm, E., Suzuki, D. T., & DeMartino, R. (1960). *Zen Buddhism and psychoanalysis.* New York: Harper & Row.

Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *The Counseling Psychologist, 18*(1), 6–63.

Furstenberg, F. F., Jr., Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1989). *Unplanned parenthood: The social consequences of teenage childbearing.* New York: Free Press.

Gabbard, G. O. (1994). Teetering on the precipice: A commentary on Lazarus's "How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness." *Ethics and Behavior, 4,* 283–286.

Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational Research: An Introduction* (8th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.

Gardill, M. C., & Browder, D. M. (1995). Teaching stimulus classes to encourage independent purchasing by students with severe behavior disorders. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 30,* 254–269.

Garfield, J. C., Weiss, S. I., & Pollack, E. A. (1973). Effects of the child's social class on school counselors' decision-making. *Journal of Counseling Psychology, 20,* 166–168.

Garfield, S. L. (1983). *Clinical psychology. The study of personality and behavior* (2nd ed.). New York: Aldine.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 190–228). New York: John Wiley & Sons.

Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1971). Therapeutic conditions and outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 108–114.

Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 3–18). New York: John Wiley & Sons.

Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention. *American Psychologist, 48*(2), 169–182.

Garrett, M. W. (1995). Between two worlds: Cultural discontinuity in the dropout of Native American youth. *The School Counselor, 42*(3), 186–195.

Garske, J. P., & Molteni, A. L. (1985). Brief psychodynamic psychotherapy: An integrative approach. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies.* Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Gati, I. (1986). Making career decisions: A sequential elimination approach. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 408–417.

Gati, I. (1990a). Interpreting and applying career decision-making models: Comments on Carson and Mowsesian. *Journal of Counseling Psychology, 32*(4), 508–514.

Gati, I. (1990b). Why, when, and how to take into account the uncertainty involved in career decisions. *Journal of Counseling Psychology, 37*(3), 277–280.

Gati, I. (1994). Computer-assisted career counseling: Dilemmas, problems, and possible solutions. *Journal of Counseling and Development, 73*(1), 51–56.

Gati, I., Fassa, N., & Houminer, D. (1995). Applying decision theory to career counseling practice: The sequential elimination approach. *Career Development Quarterly, 43,* 211–220.

Gati, I., & Tikotzki, Y. (1989). Strategies for collection and processing of occupational information in making career decisions. *Journal of Counseling Psychology, 35*(3), 430–439.

Gazda, G. M. (1989). *Group counseling: A developmental approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gazda, G. M., Asbury, F., Blazer, F., Childress, W., & Walters, R. (1979). *Human relations development: A manual for educators.* Boston: Allyn & Bacon.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13,* 155–243.

Gelso, C. J., & Fassinger, R. E. (1990). Counseling psychology: Theory and research on intervention. *American Review of Psychology, 41,* 355–386.

Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (1992). *Counseling psychology.* Orlando, FL: Holt, Rinehart & Winston.

Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (2001). *Counseling psychology* (2nd ed.). Orlando, FL: Holt, Rinehart & Winston.

Genia, V. (1994). Secular psychotherapists and religious clients: Professional considerations and recommendations. *Journal of Counseling and Development, 72*(4), 395–398.

George, R. L., & Cristiani, T. S. (1995). *Counseling: Theory and practice* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Geoseffi, D. (1993). *On prejudice: A global perspective.* New York: Doubleday.

Gerber, P. J. (1986). Counseling the learning disabled. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students.* New York: Human Sciences Press.

Gergen, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge.* New York: Springer-Verlag.

Gergen, K. (1994a). Exploring the postmodern. *American Psychologist, 49*(5), 412–416.

Gergen, K. (1994b). *Realities and relationships.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gerler, E. R., & Anderson, R. F. (1986). The effects of classroom guidance on children's success in school. *Journal of Counseling and Development, 65,* 78–81.

Gerler, E. R., Jr. (1995). Advancing elementary and middle school counseling through computer technology. *Elementary School Guidance and Counseling, 30*(1), 8–15.

Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3–27). New York: Guilford Press.

Gibbons, A. C. (1984). A program for noninstitutionalized, mature adults: A description. *Activities, Adaptation, and Aging, 6*, 71–80.

Gibbons, A. C. (1988). A review of literature for music development/education and music therapy with the elderly. *Music Therapy Perspectives, 5*, 33–40.

Gibbs, N. (1995, October 2). The EQ factor. *Time*, 60–68.

Giblin, P., & Chan, J. (1995). A feminist perspective. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 3*(3), 234–238.

Gibran, K. (1965). *The prophet.* New York: Alfred A. Knopf.

Gibson, R. L. (1977). *Counseling and annual guidance committee report.* Unpublished manuscript, North Central Association of Colleges and Schools.

Gibson, R. L. (1989). Prevention and the elementary school counselor. *Elementary School Guidance & Counseling, 24*, 30–36.

Gilbert, L. A. (1992). Gender and counseling psychology: Current knowledge and directions for research and social action. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (2nd ed.) (pp. 383–418). New York: John Wiley & Sons.

Gilbert, L. A., & Scher, M. (1999). *Gender and sex in counseling and psychotherapy.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Gilbert, N. (1982, July). Policy issues in primary prevention. *Social Work*, 293–296.

Gilligan, C. (1987). Adolescent development reconsidered. In C. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gilligan, C. (1990). Joining the resistance: Psychology, politics, girls, and women. *Michigan Quarterly Review, 29*(4), 501–536.

Gilligan, C. (1991). Women's psychological development: Implications for psychotherapy. *Women in Therapy, 11*, 5–31.

Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development* (2nd ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilliland, B. E., & James, R. K. (1997). *Crisis intervention strategies* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Ginter, E. J. (1988). Stagnation in eclecticism: The need to recommit to a journey. *Journal of Mental Health Counseling, 10*, 3–8.

Ginter, E. J. (1996). Three pillars of mental health counseling: Watch in what you step. *Journal of Mental Health Counseling, 18*(2), 99–107.

Ginter, E. J., Scalise, J. J., & Presse, N. (1990). The elementary school counselor's role: Perceptions of teachers. *The School Counselor, 38*, 19–23.

Gintner, G. G., & Poret, M. K. (1987). Factors associated with maintenance and relapse following self-management training. *Journal of Psychology, 122*(1), 79–87.

Gladding, S. T., Remley, T. P., & Huber, C. (2001). *Ethical, legal, and professional issues in the practice of marriage and family therapy* (3rd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Gladstein, G. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 467–482.

Glaser, B. G., & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying.* Chicago: Aldine Publishing Co.

Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Stategies for qualitative research.* Chicago: Aldine Publishing Co.

Glasser, W. (1961). *Mental health or mental illness?* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1965). *Reality therapy: A new approach to psychiatry.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1969). *Schools without failure.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1976). *Positive addiction.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1980). Reality therapy: An explanation of the steps of reality therapy. In N. Glasser (Ed.), *What are you doing? How people are helped through reality therapy.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1981). *Stations of the mind.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1984). *Take effective control of your life.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1985). *Control theory: A new explanation of how we control our lives.* New York: Harper & Row (Perennial Paperback).

Glasser, W. (1986). *Control theory in the classroom.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1989). Control theory in the practice of reality therapy. In N. Glasser (Ed.), *Control theory in the practice of reality therapy: Case studies* (pp. 1–15). New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1990). *The quality school.* New York: Harper & Row.

Glasser, W. (1998). *Choice theory: A new psychology of personal freedom.* New York: HarperCollins.

Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy.* New York: Quill.

Glasser, W., & Glasser, C. (1999). *The language of choice theory.* New York: HarperCollins.

Glasser, W., & Wubbolding, R. E. (1995). Reality therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.) (pp. 293–321). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Glauser, A. S., & Bozarth, J. D. (2001). Person-centered counseling: The culture within. *Journal of Counseling and Development, 79*(2), 142–147.

Glenn, E. E. (1998). Counseling children and adolescents with disabilities. *Professional School Counseling, 2*(1), iii.

Glick, I., Clarkin, J., & Kessler, D. (1987). *Marital and family therapy* (3rd ed.). Orlando, FL: Grune & Stratton.

Glover, E. (1950). *Freud or Jung.* New York: Norton.

Golann, S. (1987). On description of family therapy. *Family Process, 26,* 331–340.

Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45,* 1054–1063.

Goldberg, R. T. (1974). Adjustment of children with invisible and visible handicaps. *Journal of Counseling Psychology, 21,* 428–432.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2005). *Family therapy: An overview* (7th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Mormar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology, 41,* 659–688.

Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist, 51*(10), 1007–1016.

Goldman, L. (1989). Moving counseling research into the 21st century. *The Counseling Psychologist, 17,* 81–85.

Goldman, L. (1990). Qualitative assessment. *The Counseling Psychologist, 18,* 205–213.

Goldman, S., & Beardslee, W. (1999). Suicide in children and adolescents. In D. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to assessment and intervention* (pp. 417–442). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldner, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process, 24,* 31–47.

Goldstein, A. P. (1999). *Low-level aggression: First steps on the ladder to violence.* Champaign, IL: Research Press.

Goldston, S. E., Yager, J., Heinicke, C. M., & Pynoos, R. S. (Eds.). (1990). *Preventing mental health disturbances in childhood.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Goleman, D. (1997). *Emotional intelligence.* New York: Bantam.

Good, G. E., Fischer, A. R., Johnston, J. A., Jr., & Heppner, P. P. (1994). Norman C. Gysbers: A proponent of comprehensive school guidance programs. *Journal of Counseling and Development, 73*(2), 115–120.

Good, G. E., Gilbert, L. A., & Scher, M. (1990). Gender aware therapy: A synthesis of feminist therapy and knowledge about gender. *Journal of Counseling and Development, 68,* 376–380.

Gooding, P. R., & Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlling smoking status. *Cognitive Therapy and Research, 9,* 583–590.

Goodman, J. (1994). Career adaptability in adults: A construct whose time has come. *The Career Development Quarterly, 43*(1), 74–84.

Goodman, J., Schlossberg, M., & Anderson, M. L. (2006). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory.* New York: Springer Publishing Co.

Goodyear, R. K. (1990). Research on the effects of test interpretation: A review. *The Counseling Psychologist, 18,* 240–257.

Gordon, J., & Shontz, F. (1990). Representative case research: A way of knowing. *Journal of Counseling and Development, 69,* 62–66.

Gottfredson, L. S. (1981). Circumscription and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counseling Psychology Monograph, 28*, 545–579.

Gottfredson, L. S. (1996). Gottfredson's theory of circumscription and compromise. In D. Brown & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development* (3rd ed.) (pp. 179–232). San Francisco: Jossey-Bass.

Gottman, J. M. (1994). *Why marriages succeed or fail.* New York: Simon & Schuster.

Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family, 60*(1), 5–22.

Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 927–947.

Grant, B. (1992). The moral nature of psychotherapy. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Ethical and spiritual values in counseling* (pp. 27–36). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Gray, L. A., & Harding, A. K. (1988). Confidentiality limits with clients who have the AIDS virus. *Journal of Counseling and Development, 66*(5), 219–223.

Green, R. L. (1988). Image-building activities for the elementary school counselor. *Elementary School Guidance & Counseling, 22*(3), 186–191.

Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis.* New York: International University Press.

Gregg, C. (1994). Group work with single fathers. *Journal for Specialists in Group Work, 19*, 95–101.

Griffin, H. C., Gerber, P. J., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the health impaired student. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 213–231). New York: Human Sciences Press.

Griffin, H. C., Sexton, D., Gerber, P. J., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the physically handicapped child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 197–212). New York: Human Sciences Press.

Griggs, S. A. (1988). The counselor as facilitator of learning. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Gross, D. R., & Robinson, S. E. (1987). Ethics, violence, and counseling: Hear no evil, see no evil, speak no evil! *Journal of Counseling and Development, 65*(7), 340–344.

Guinan, J., & Foulds, M. (1970). Marathon groups: Facilitator of personal growth? *Journal of Consulting Psychology, 17*, 145–149.

Gumper, L. L., & Sprenkle, D. H. (1981). Privileged communication in therapy: Special problems for the family and couples therapist. *Family Process, 20*, 11–23.

Gunning, S., & Holmes, T. (1973). Dance therapy with psychotic children. *Archives of General Psychiatry, 28*, 707–713.

Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1981). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Gushue, G. V., Constantine, M. D., & Sciarra, D. T. (2008). The influence of culture, self-reported multicultural counseling competence, and shifting standards of judgment on perceptions of family functioning of white family counselors. *Journal of Counseling and Development, 86*(1), 85–94.

Gutterman, J. T. (1996a). Doing mental health counseling: A social constructionist re-vision. *Journal of Mental Health Counseling, 18*(3), 228–252.

Gutterman, J. T. (1996b). Farewell to families: Language systems in the postmodern era. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 4*(2), 139–142.

Gutterman, J. T., & Kirk, M. A. (1999). Mental health counseling and the Internet. *Journal of Mental Health Counseling, 21*(4), 309–325.

Gysbers, N. C. (1988). Career guidance: A professional heritage and future challenge. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Gysbers, N. C. (2004). Counseling psychology and school psychology partnership: Overlooked? Underutilized? But needed! *The Counseling Psychologist*, 32, 235–244.

Gysbers, N. C., & Henderson, P. (1988). *Developing and managing your school guidance program.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Gysbers, N. C., & Henderson, P. (2000). *Developing and managing your school guidance program.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Gysbers, N. C., Heppner, M. J., & Johnson, J. A. (1998). *Career counseling: Process issues and techniques.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Gysbers, N. C., & Moore, E. J. (1987). *Career counseling: Skills and techniques for practitioners.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Kline, N., & Penn, P. E. (1992). Simultaneous analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. *Images, 24*(2), 141–147.

Hackett, G., & Betz, N. E. (1981). A self-efficacy approach to the career development of women. *Journal of Vocational Behavior, 18,* 326–339.

Hackett, G., & Byars, A. M. (1996). Social cognitive theory and the career development of African American women. *Career Development Quarterly, 4*(4), 322–340.

Hackman, H. W., & Claiborn, C. D. (1982). An attributional approach to counselor attractiveness. *Journal of Counseling Psychology, 29,* 224–231.

Hage, S. M., Romano, J. L., Conyne, R. K., Kenny, M., Matthews, C., Schwartz, J. P., & Waldo, M. (2007). Best practice guidelines on prevention practice, research, training, and social advocacy for psychologists. *The Counseling Psychologist, 35*(4), 493–566.

Hale, S. (1990). Sitting on memory's lap. *The Arts in Psychotherapy, 17*(3), 269, 274.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Haley, J. (1971). Approaches to family therapy. In J. Haley (Ed.), *Changing families: A family therapy reader.* New York: Grune & Stratton.

Haley, J. (1973). *Uncommon psychiatric techniques of Milton H. Erickson.* New York: Norton.

Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1980). *Leaving home.* New York: McGraw-Hill.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, M. (2005). Technology and counseling. In D. Capuzzi & D. R. Gross (Eds.), *Introduction to the counseling profession* (4th ed.) (pp. 123–152). Boston: Allyn & Bacon.

Haley-Banez, L., Brown, S., & Molina, B. (1998). *Association for specialists in group work: Principles for diversity-competent group workers.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Hall, A. S., & Lin, M. J. (1994). An integrative consultation framework: A practical tool for elementary school counselors. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(1), 16–27.

Hall, C. S. (1954). *A primer of Freudian psychology.* New York: World Publishing.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1978). *Theories of personality* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence.* New York: Appleton.

Hamachek, D. (1995). Self-concept and school achievement: Interaction dynamics and a tool for assessing the self-concept component. *Journal of Counseling and Development, 73*(4), 419–425.

Hamann, E. E. (1994). Clinicians and diagnosis: Ethical concerns and clinician competence. *Journal of Counseling and Development, 72*(3), 259–260.

Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. R. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 233–278). New York: Guilford Press.

Hammer, C., & Zupan, B. A. (1984). Self-schemas, depression, and the processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology, 37,* 598–608.

Hammond, J. (1981). *Group counseling for children of divorce: A guide for the elementary school.* Ann Arbor, MI: Cranbrook.

Hammond, W. R., & Yung, B. (1993). Psychology's role in the public health response to assaultive violence among young African-American men. *American Psychologist, 48*(2), 142–154.

Hannon, K. (1996, May 13). Upset? Try cybertherapy. *U.S. News and World Report, 120*, 81–83.

Hansen, J. C., & Campbell, D. P. (1985). *Manual for the SVIB-SCII* (4th ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Hansen, J. C., Himes, B. S., & Meier, S. (1990). *Consultation: Concepts and practices.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hansen, J. T. (2002). Postmodern implications for theoretical integration of counseling approaches. *Journal of Counseling and Development, 80*, 315–321.

Hanson, W. E., Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 224–236.

Hardesty, P. H., & Dillard, J. M. (1994). The role of elementary school counselors compared with their middle and secondary school counterparts. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(2), 83–91.

Hardman, M. L., Drew, C. J., Egan, M. W., & Wolf, B. (2002). *Human exceptionality* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Harmon, L. W. (1996). A moving target: The widening gap between theory and practice. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 37–44). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Harmon, L. W., Hansen, J. C., Borgen, F. H., & Hammer, A. L. (1994). *Strong Interest Inventory: Application and technical guide.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Harrar, L. (Producer). (1984). *Make my people live: The crises in Indian health* [Television broadcast]. Boston: Public Broadcasting System, NOVA.

Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., & Lopez, S. J. (2007). Integrating positive psychology into counseling: Why and (when appropriate) how. *Journal of Counseling and Development, 85*(1), 3–13.

Harris, A. S. (1996). *Living with paradox: An introduction to Jungian psychology.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Harris, D. E. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity: A revision and extension of Goodenough Draw-A-Man Test.* San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.

Harris, T. (1967). *I'm OK—You're OK.* New York: Avon.

Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1987). A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist, 42*, 160–165.

Havens, L. (1994). Some suggestions for making research more applicable to clinical practice. In P. F. Talley, H. H. Strupp, & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp. 88–98). New York: Basic Books.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York: David McKay.

Haviland, M. G., & Hansen, J. C. (1987). Criterion validity of the Strong-Campbell Interest Inventory for American Indian college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 19*, 196–201.

Hawkins, J. D., Herrenkohl, T. I., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., Harachi, T. W., & Cothern, L. (2000). Predictors of youth violence. *Juvenile Justice Bulletin, 32*, 1–11.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford Press.

Hayes, S. G. (1995). Infusing diversity into family and couples counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 3*(3), 231–233.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 270–280.

Hazelrigg, M. D., Cooper, H. M., & Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin, 101*(3), 428–442.

Hazzard, A., King, H. E., & Webb, C. (1986). Group therapy with sexually abused adolescent girls. *American Journal of Psychotherapy, 40*(2), 213–223.

Heinlen, K. T., Welfel, E. R., Richmond, E. N., & Rak, C. F. (2003). The scope of WebCounseling: A survey of services and compliance with NBCC Standards for the Ethical Practice of WebCounseling. *Journal of Counseling and Development, 81*, 61–69.

Heinze, A., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the visually handicapped child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 179–196). New York: Human Sciences Press.

Helms, J. E. (1986). Expanding racial identity theory to cover the counseling process. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 62–64.

Helms, J. E. (1989). At long last: Paradigms for cultural psychology research. *The Counseling Psychologist, 17,* 98–100.

Helms, J. E. (1995). An update of Helms's white and people of color racial identity models. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 181–198). Thousand Oaks, CA: Sage.

Helwig, A. A., & Holicky, R. (1994). Substance abuse in persons with disabilities: Treatment considerations. *Journal of Counseling and Development, 72*(3), 227–233.

Henderson, S., Hesketh, B., & Tuffin, K. (1988). A test of Gottfredson's theory of circumscription. *Journal of Vocational Behavior, 32,* 37–48.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 467–508). New York: John Wiley & Sons.

Heppner, M. J., & Johnston, J. A. (1985). Computerized career guidance and information systems: Guidelines for selection. *Journal of College Students Personnel, 26,* 156–163.

Heppner, P. P., Casas, J. M., Carter, J., & Stone, G. L. (2000). The maturation counseling psychology: Multifaceted perspectives, 1978–1998. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 3–49). New York: John Wiley & Sons.

Heppner, P. P., & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique [monograph]. *Journal of Counseling Psychology, 36,* 365–387.

Heppner, P. P., & Dixon, D. N. (1981). A review of the interpersonal influence process in counseling. *Personnel and Guidance Journal, 59,* 542–550.

Heppner, P. P., & Heesacker, M. (1983). Perceived counselor characteristics, client expectations, and client satisfaction with counseling. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 31–39.

Heppner, P. P., & Krauskopf, C. J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving. *The Counseling Psychologist, 15,* 371–447.

Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29,* 66–75.

Heppner, P. P., Rogers, M. E., & Lee, L. A. (1984). Carl Rogers: Reflections on his life. *Journal of Counseling and Development, 63,* 14–20.

Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2004). Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research using the problem-solving inventory. *The Counseling Psychologist, 32,* 344–428.

Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent of individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10,* 307–324.

Herlihy, B., & Sheeley, V. L. (1987). Privileged communication in selected helping professions: A comparison among statutes. *Journal of Counseling and Development, 65*(9), 479–483.

Herman, K. C. (1993). Reassessing predictors of therapist competence. *Journal of Counseling and Development, 72,* 29–32.

Herr, E. L. (1996). Toward the convergence of career theory and practice: Mythology, issues, and possibilities. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 13–36). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Herring, R. D. (1990). Nonverbal communication: A necessary component of cross-cultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 18*(4), 172–179.

Herring, R. D. (1994). Substance use among Native American Indian youth: A selected review of causality. *Journal of Counseling and Development, 72*(6), 578–584.

Herrington, B. S. (1979). Privilege denial in joint therapy. *Psychiatric News, 14*(1), 1–9.

Hershenson, D. B., & Power, P. W. (1987). *Mental health counseling.* New York: Pergamon Press.

Hershenson, D. B., Power, P. W., & Waldo, M. (1996). *Community counseling: Contemporary theory and practice.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Hesketh, B., Elmslie, S., & Kaldor, W. (1990). Career compromises: An alternative account to Gottfredson's theory. *Journal of Counseling Psychology, 37*(1), 49–56.

Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions, and client behaviors. *Journal of Counseling and Development, 70,* 728–737.

Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 3–24.

Hill, C. E., Tanney, M. F., & Leonard, M. M. (1977). Counselor reactions to female clients: Type of problem, age of client, and sex of counselor. *Journal of Counseling Psychology, 24,* 60–65.

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*(4), 517–572.

Hilton, T. L. (1962). Career decision making. *Journal of Counseling Psychology, 9,* 291–298.

Hines, M. (1988). Similarities and differences in group and family therapy. *Journal for Specialists in Group Work, 13*(4), 173–179.

Hines, P. L., & Fields, T. H. (2002). Pregroup screening issues for school counselors. *Journal for Specialists in Group Work, 27,* 358–376.

Hobson, S. M., & Kanitz, H. M. (1996). Multicultural counseling: An ethical issue for school counselors. *The School Counselor, 43*(4), 245–255.

Hoffmann, T., Dana, R., & Bolton, B. (1985). Measured acculturation and MMPI-168 performance of Native American adults. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 16,* 243–256.

Hohenshil, T. H. (1996). Editorial: Role of assessment and diagnosis in counseling. *Journal of Counseling and Development, 75*(1), 64–67.

Holland, J. L. (1973). *Making vocational choices: A theory of careers.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Holland, J. L. (1985a). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Holland, J. L. (1985b). *Manual for the vocational preference inventory.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holland, J. L. (1994). *Self-directed search.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist, 51*(4), 397–406.

Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holland, J. L., Daieger, D. C., & Power, P. G. (1980). Some diagnostic scales for research in decision making and personality: Identity information and barriers. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 1191–1200.

Holland, J. L., Johnston, J. A., & Asama, N. F. (1994). More evidence for the relationship between Holland's personality types and personality variables. *Journal of Career Assessment, 2,* 331–340.

Hollingdale, R. J. (1978). *Twilight of the idols and the anti-Christ.* New York: Penguin Books.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (4th ed.) (pp. 428–466). New York: John Wiley & Sons.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry, 49,* 774–781.

Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. (1983). The cognitive-pharmacotherapy project: Study design, outcome, and clinical follow-up. Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Washington, DC.

Holt, P. A. (1989). Differential effects of status and interest in the process of compromise. *Journal of Counseling Psychology, 36,* 42–47.

Homans, G. C. (1962). *Sentiments and activities.* New York: The Free Press of Glencoe.

Honeyman, A. (1990). Perceptual changes in addicts as a consequence of reality therapy based on group treatment. *Journal of Reality Therapy, 9*(2), 53–59.

hooks, b. (1995). *Killing rage: Ending racism.* New York: Henry Holt.

Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. *Social gerontology: A multidisciplinary perspective* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Horne, A. M. (1993). Editorial: Telling stories: The ecosystem model. *Journal for Specialists in Group Work, 18,* 98.

Horne, A. M. (1995). Changes and challenges in group work. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(2), 67–68.

Horne, A. M. (1996). The changing world of group work. *Journal for Specialists in Group Work, 21*(1), 2–3.

Horne, A. M., & Ohlsen, M. M. (1982). Introduction: The family and family counseling. In M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), *Family counseling and therapy.* Itasca, IL: F. E. Peacock.

Horst, E. A. (1995). Reexamining gender issues in Erikson's stages of identity and intimacy. *Journal of Counseling and Development, 73*(3), 271–278.

Hoshmand, L. L. S. (1989). Alternate research paradigms: A review and teaching proposal. *The Counseling Psychologist, 17,* 3–80.

Hoshmand, L. T. (1985). Phenomenological-based groups for developmentally disabled adults. *Journal of Counseling and Development, 64*(2), 147–148.

Hosie, T. W., West, J. D., & MacKey, J. A. (1988). Employment and roles of mental health counselors in substance-abuse centers. *Journal of Mental Health Counseling, 10*(3), 188–198.

Howard, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist, 46*(3), 187–197.

Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1983). Causal models of the development of law abidance and its relationship to psychosocial factors and drug use. In W. S. Lauger & J. M. Day (Eds.), *Personality theory, moral development, and criminal behavior* (pp. 164–215). Lexington, MA: Lexington Books.

Hubbard, R. L., Brownlee, R. F., & Anderson, R. (1988). Initiation of alcohol and drug abuse in the middle school years. *Elementary School Guidance & Counseling, 23,* 118.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Huebner, L. A. (1980). Interaction of student and campus. In E. Delworth, G. Hanson, & Associates (Eds.), *Student services: A handbook for the profession* (pp. 117–155). San Francisco: Jossey-Bass.

Huey, W. (1986). Ethical concerns in school counseling. *Journal of Counseling and Development, 64*(5), 321–322.

Hughey, K. F., Gysbers, N. C., & Starr, M. (1993). Evaluating comprehensive school guidance programs. *The School Counselor, 41*(1), 31–35.

Humphrey, F. G. (1983). *Marital therapy.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hutchinson, R. L., Barrick, A. L., & Groves, M. (1986). Functions of secondary school counselors in the public schools: Ideal and actual. *The School Counselor, 34*(2), 87–91.

Ibrahim, F. A. (1991). Contribution of cultural world view to generic counseling and development. *Journal of Counseling and Development, 70*(1), 13–19.

Ibrahim, F. A. (1993). Existential world view theory: Transcultural counseling. In J. McFadden (Ed.), *Transactional counseling* (pp. 23–57). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Ibrahim, F. A., & Kahn, H. (1984). *Scale to assess world views.* Unpublished manuscript, University of Connecticut, Storrs, CT.

Ibrahim, F. A., & Kahn, H. (1987). Assessment of world views. *Psychological Reports, 60,* 163–176.

Ingersoll, R. E. (1995). Spirituality, religion, and counseling: Dimensions and relationships. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension* (pp. 5–18). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Irwin, E. C. (1987). Drama: The play's the thing. *Elementary School Guidance and Counseling,* 276–283.

Isenberg-Grzeda, C. (1988). Music therapy assessment: A reflection of professional identity. *Journal of Music Therapy, 25*(3), 156–169.

Ivey, A. (1971). *Microcounseling: Innovations in interviewing training.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Ivey, A. (1986). *Developmental therapy: Theory and practice.* San Francisco: Jossey-Bass.

Ivey, A. (1989). Mental health counseling: A developmental process and profession. *Journal of Mental Health Counseling, 11*(1), 26–35.

Ivey, A. (1996, June). The spirit and the challenge: Postmodernity or reality? *Counseling Today,* 33.

Ivey, A. (1999). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Jacobs, E. E., Harvill, R. L., & Masson, R. L. (2002). *Group counseling: Strategies and skills* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

James, M. R. (1988). Music therapy values clarification: A positive influence on perceived locus of control. *Journal of Music Therapy, 25*(4), 206–215.

Jepsen, D. A. (1996). Relationships between developmental career counseling theory and practice. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice.* Palo Alto, CA: Davies-Black.

Jewell, D. A. (1989). Cultural and ethnic issues. In S. Wetzler & M. M. Katz (Eds.), *Contemporary approaches to psychological assessment* (pp. 299–309). New York: Brunner/Mazel.

Johanson, G. (2006). A survey of mindfulness in psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association,* 15–24.

Johnson, A. C. (1995). Resiliency mechanisms in culturally diverse families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 3*(4), 316–324.

Johnson, D. R. (1984a). Establishing the creative arts therapies as an independent profession. *The Arts in Psychotherapy, 11,* 209–212.

Johnson, D. R. (1984b). Perspectives, projects, and training facilities. *Journal of Mental Imagery, 7*(1), 105–109.

Johnson, E., Baker, S. B., Kapola, M., Kiselica, M. S., & Thompson, E. C., III. (1989). Counseling self-efficacy and counseling competency in prepracticum training. *Counselor Education and Supervision, 28,* 205–218.

Johnson, I. H., Torres, J. S., Coleman, V. D., & Smith, M. C. (1995). Issues and strategies in leading cultural diverse counseling groups. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(3), 143–150.

Johnson, V. E. (1986). *Intervention: A professional guide.* Minneapolis, MN: Johnson Institute.

Johnson, W. B., & Campbell, C. D. (2004). Character and fitness requirements for professional psychologists: Training directors' perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(4), 405–411.

Johnston, J. A., Buescher, K. L., & Heppner, M. J. (1988). Computerized career information and guidance systems: Caveat emptor. *Journal of Counseling and Development, 57*(1), 39–41.

Johnston, V. S., & Oliver-Rodriguez, J. C. (1997). Facial beauty and the late positive component of event-related potential. *Journal of Sex Research, 34*(2), 188–198.

Jones, A. S., & Gelso, C. J. (1988). Differential effects of style of interpretation: Another look. *Journal of Counseling Psychology, 35,* 363–369.

Jones, J. V., Jr. (1995). Constructivism and individual psychology: Common ground for dialogue. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 51*(3), 231–243.

Jongsma, A. E., & Petersen, L. M. (1995). *The complete psychotherapy treatment planner.* New York: John Wiley & Sons.

Josephson Institute of Ethics. (2001). Josephson Institute of Ethics report card on the ethics of American youth 2000. Report #1: Violence, guns, and alcohol. Marina del Rey, CA: Josephson Institute of Ethics.

Jourard, S. M. (1958). *Personal adjustment: An approach through the study of healthy personality.* New York: Macmillan.

Juhnke, G. A., & Osborne, W. L. (1997). The solution-focused debriefing group: An integrated postviolence group intervention for adults. *Journal for Specialists in Group Work, 22*(1), 66–76.

Jung, C. (1928). *Contributions to analytic psychology.* New York: Harcourt.

Jung, C. (1959). *The archetypes and the collective unconscious.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *American Psychological Association, 10*(2), 144–156.

Kadushin, A., & Martin, J. A. (1981). *Child abuse: An interactional event.* New York: Columbia University Press.

Kandel, D. B. (1973). Adolescent marijuana use: Role of parents and peers. *Science, 181,* 1067–1081.

Kanfer, F. H., & Busemeyer, J. R. (1982). The use of problem solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 2,* 239–266.

Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1986). Introduction. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.) (pp. 1–18). New York: Pergamon.

Kanner, L. (1962). *Child psychiatry* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kaplan, L. S., & Geoffroy, K. E. (1990). Enhancing the school climate: New opportunities for the counselor. *The School Counselor, 38,* 7–12.

Kaufmann, F. A., Castellanos, Z. F., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the gifted child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students.* New York: Human Sciences Press.

Kaufmann, Y. (1989). Analytical psychotherapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (4th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research.* Baltimore: University Park Press.

Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents.* Homewood, IL: Dorsey Press.

Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin, 102,* 187–203.

Kazdin, A. E. (1988). Childhood depression. In E. J. Mash & L. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.) (pp. 157–196). New York: Guilford Press.

Kazdin, A. E. (1989). Developmental psychopathology: Current research, issues, and directions. *American Psychologist, 44*(2), 180–187.

Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist, 48*(2), 127–141.

Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 729–740.

Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T., & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(4), 522–535.

Keeton, W. P. (1984). *Prosser and Keeton on the law of torts* (5th ed.). St. Paul, MN: West.

Kelley, R. H., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the language-disordered child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students.* New York: Human Sciences Press.

Kelly, K. R. (1996). Looking to the future: Professional identity, accountability, and change. *Journal of Mental Health Counseling, 18*(3), 195–199.

Kelly, K. R. (1999). Coda: A contextual perspective on the future of mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 21*(3), 302–307.

Kemp, C. G. (1971). Existential counseling. *The Counseling Psychologist, 2,* 2–28.

Kennell, S. E., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the abused child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students.* New York: Human Sciences Press.

Kenny, A. (1987). An arts activity approach: Counseling the gifted, creative, and talented. *The Gifted Child Today, 10*(3), 22–37.

Kenny, M. E., Waldo, M., Warter, E. H., & Barton, C. (2002). School-linked: Theory, science, and practice for enhancing the lives of children and youth. *The Counseling Psychologist, (30)*5, 726–748.

Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: Jason Aronson.

Kerwin, C., & Ponterotto, J. G. (1995). Biracial identity development: Theory and research. In J. G. Ponterrotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 181–198). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kessler, S. (1979, November). Counselor as mediator. *The Personnel and Guidance Journal,* 194–197.

Kidder, L. H., Judd, C. M., & Smith, E. R. (1986). *Research methods in social relations.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kim, B. C. (1981). *New urban immigrants: The Korean community in New York.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Kim, B. S. K., Cartwright, B. Y., Asay, P. A., & D'Andrea, M. J. (2003). A revision of the Multicultural Awareness,

Knowledge, and Skills Survey–Counselor Edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*, 161–180.

Kim, B. S., Hill, C. E., Gelso, C. J., Goates, M. K., Asay, P. A., & Harbin, J. M. (2003). Counselor self-disclosure: East Asian American client adherence to Asian cultural values and counseling process. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 324–332.

Kim, B. S., & Abreu, J. M. (2001). Acculturation measurement: Theory, current instruments, and future directions. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, and C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (2nd ed.) (pp. 394–424). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kirk, M. A. (1997, January). Current perceptions of counseling and counselor education in cyberspace. *Counseling Today, 39*, 17–18.

Kiselica, M. S., & Look, C. (1993). Mental health counseling and prevention: Disparity between philosophy and practice? *Journal of Mental Health Counseling, 15*(1), 3–14.

Kitchener, K. S. (1984). Ethics in counseling psychology: Distinctions and directions. *Counseling Psychologist, 12*, 15–18.

Kitchener, K. S. (1985). Ethical principles and ethical decisions in student affairs. In H. J. Canon & R. D. Brown (Eds.), *Applied ethics: Tools for practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kitchener, K. S., & Anderson, S. K. (2000). Ethical issues in counseling psychology: Old themes–new problems. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 50–82). New York: John Wiley & Sons.

Kitchur, M., & Bell, R. (1989). Group psychotherapy with preadolescent sexual abuse victims: A literature review and description of an inner-city group. *International Journal of Group Psychotherapy, 39*(3), 285–310.

Kivlighan, D. M. (1990). Relation between counselors' use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 27–32.

Kivlighan, D. M., Johnston, J. A., Hogan, R. S., & Mauer, E. (1994). Who benefits from computerized career counseling? *Journal of Counseling and Development, 27*(3), 289–292.

Kivlighan, D. M., Jr., & Shapiro, R. M. (1987). Holland type as a predictor of benefit from self-help career counseling. *Journal of Counseling Psychology, 34*(3), 326–329.

Kjos, D. (1995). Linking career counseling to personality disorders. *Journal of Counseling and Development, 73*(6), 592–597.

Klein, M. (1960). *The psychoanalysis of children*. New York: Grove Press.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (Eds.) (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluger, J. (2001, June 18). How to manage teen drinking (the smart way). *Time*, 42–44.

Knapp, S. (1980). A primer on malpractice for psychologists. *Professional Psychology, 11*, 606–612.

Knoff, H. M., & Prout, H. T. (1985). *The kinetic drawing system for family and school.* Los Angeles: Western Psychological Services.

Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 861–869.

Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health? The effects of religion on physical and mental health*. New York: Haworth Press.

Kohlberg, L. (1963). Development of children's orientation towards a moral order. 1. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana, 6*, 11–33.

Kohlberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. In P. B. Baltes & K. W. Schair (Eds.), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. New York: Academic Press.

Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development.* New York: Harper & Row.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* New York: International University Press.

Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 16–21.

Koopman, E. J. (1985). The education and training of mediators. In S. Grebs (Ed.), *Divorce and family mediation*. Rockville, MD: Aspen Systems.

Kopp, S. B. (1971). *Guru: Metaphors from a psychotherapist.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Kottler, J. A. (1994). Working with difficult group members. *Journal for Specialists in Group Work, 19*(1), 3–10.

Kottler, J. A. (2002). *Theories in counseling and therapy.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kottler, J. A., & Brown, R. W. (2000). *Introduction to therapeutic counseling* (4th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Kottman, T., & Johnson, V. (1993). Adlerian play therapy: A tool for school counselors. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(1), 42–51.

Kottman, T., Lingg, M., & Tisdell, T. (1995). Gay and lesbian adolescents: Implications for Adlerian therapists. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 51*(2), 114–128.

Kovacs, L. (1988). Couple therapy: An integrated developmental and family system model. *Family Therapy, 15*(2), 133–155.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Parlopsychiatrica, 46,* 305–315.

Kovacs, M. (1982). *The Interview Schedule for Children (ISC):* Unpublished interview schedule, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pennsylvania.

Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist, 44,* 209–215.

Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T., & Hollon, S. D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry, 38,* 33–39.

Kramer, E. (1987). Sublimation and art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Krasner, M. (2004). Mindfulness-based interventions: A coming of age? *Family, Systems, & Health, 22*(2), 207–212.

Krause, A. M., & Haverkamp, B. E. (1996). Attachment in adult child–older parent relationships: Research, theory, and practice. *Journal of Counseling and Development, 75*(2), 83–92.

Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious beliefs and practices among fifty-two psychiatric inpatients in Minnesota. *American Journal of Psychiatry, 67–72,* 146.

Krumboltz, J. D. (1979). A social learning theory of career decision making. In A. M. Mitchell, F. B. Jones, & J. D. Krumboltz (Eds.), *Social learning theory and career decision making.* Cranston, RI: Carroll.

Krumboltz, J. D. (1994). The career beliefs inventory. *Journal of Counseling and Development, 72*(4), 424–428.

Krumboltz, J. D. (1996). A learning theory of career counseling. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 55–80). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Krupp, J. (1982). *Mentoring as a means to personal growth and improved school climate: A research report.* Colchester, CT: Project Rise.

Kuder, G. F. (1964). *Kuder general interest survey: Manual.* Chicago: Science Research Associates.

Kupersmidt, J. B., & Patterson, C. J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behavior problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 437–449.

Kurpius, D. (1978). Consultation theory and process: An integrated model. *Personnel and Guidance Journal, 56,* 335–378.

L'Abate, L. (1986). *Systematic family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Labi, N. (2001, April 2). Let bullies beware. *Time,* 46–47.

La Crosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology, 27,* 320–327.

La Fromboise, T. D., & Dixon, D. N. (1981). American Indian perceptions of trustworthiness in a counseling interview. *Journal of Counseling Psychology, 28,* 135–139.

LaFountain, R. M., Garner, N. E., & Eliason, G. T. (1996). Solution-focused counseling groups: A key for school counselors. *The School Counselor, 43*(4), 256–267.

Lamb, D. H. (1985). A time-frame model of termination in psychotherapy. *Psychotherapy, 22*, 604–609.

Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2004). A preliminary look at how psychologists identify, evaluate, and proceed when faced with possible multiple relationship dilemmas. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 248–254.

Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 1–11). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons.

Landreth, G. L. (1993). Child-centered play therapy. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(1), 17–29.

Lang, M., & Tisher, M. (1978). *Children's depression scale.* Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.

Langs, R. (1985). *Madness and cure.* New York: Newconcept Press.

Lapan, R. T., Boggs, K. R., & Morrill, W. H. (1989). Self-efficacy as a mediator of investigative and realistic general occupational themes on the Strong-Campbell Interest Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 176–182.

Larson, J. H., Busby, D. M., Wilson, S., Medora, N., & Allgood, S. (1994). The multidimensional assessment of career decision problems: The career decision diagnostic assessment. *Journal of Counseling and Development, 72*(3), 323–328.

Lasseter, J., Privette, G., Brown, C. G., & Duer, J. (1989). Dance as treatment approach with a multi-disabled child: Implications for school counseling. *The School Counselor, 36*, 310–315.

Lawless, L. L., Ginter, E. J., & Kelly, R. R. (1999). Managed care: What mental health counselors need to know. *Journal of Mental Health Counseling, 21*(1), 50–65.

Lawrence, G., & Kurpius, R. (2000). Legal and ethical issues involved when counseling minors in nonschool settings. *Journal of Counseling and Development, 78*(2), 130–136.

Lazar, S. W. (2005). Mindfulness research. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 220–240). New York: Guilford Press.

Lazar, Z. (2001, February). Bullying: A serious business. *Child*, 79–84.

Lazarus, A. A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy, 30*(3), 404–407.

Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy.* New York: Springer.

Lazarus, A. A. (1998). How do you like these boundaries? *The Clinical Psychologist, 51*, 22–25.

Lazarus, A. A. (2000). Multimodal therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (6th ed.) (pp. 340–374). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Lazarus, A. A. (2001). Not all "dual relationships" are taboo: Some tend to enhance treatment outcomes. *The National Psychologist, 10*, 16.

Lazarus, A. A., & Beutler, L. E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling and Development, 71*(4), 381–385.

Lê, C., Ingvarson, E. P., & Page, R. C. (1995). Alcoholics Anonymous and the counseling profession: Philosophies in conflict. *Journal of Counseling and Development, 73*(6), 603–609.

Lebow, J. L., & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology, 46*, 27–57.

Lee, C. (1982). Self-efficacy as a predictor of performance in competitive gymnastics. *Journal of Sports Psychology, 4*, 405–409.

Lee, C. C. (1991). Cultural dynamics: Their importance in multicultural counseling. In C. C. Lee & B. L. R. Richardson (Eds.), *Multicultural issues in counseling: New approaches to diversity.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Lee, C. C., Oh, M. Y., & Mountcastle, A. R. (1992). Indigenous models of helping in nonwestern countries: Implications for multicultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 20*, 1–10.

Lee, D. (1984). Counseling and culture: Some issues. *Personnel and Guidance Journal, 62*, 592–597.

Lee, M. A., & Tolle, S. W. (1996). Oregon's assisted suicide vote: The silver lining. *Annals of Internal Medicine, 124*, 267–269.

Lee, S. D. (1968). *Social class bias in the diagnosis of mental illness.* Doctoral dissertation, University of Oklahoma. Ann Arbor, MI: University Microfilms No. 68-6959.

Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior, 45*, 79–122.

Lent, R. W., & Hackett, G. (1987). Career self-efficacy: Empirical status and future divisions. *Journal of Vocational Behavior, 30*, 347–382.

Leong, F. T. L., & Chou, E. L. (1994). The role of ethnic identity and acculturation in the vocational behavior of Asian Americans: An integrative review. *Journal of Vocational Behavior, 44*, 155–172.

Lerner, H. G. (1988). *Women in therapy.* New York: Harper & Row.

Lerner, R., & Naiditch, B. (1985). *Children are people.* St. Paul, MN: Children Are People.

Leslie, R. (1991, July/August). Psychotherapist-patient privilege clarified. *The California Therapist*, 11–19.

Lester, D. (1993). The effectiveness of suicide prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 263–267.

Leung, S. A., & Plake, B. S. (1990). A choice dilemma approach for examining the relative importance of sex type and prestige preferences in the process of career choice compromise. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 399–406.

LeVine, E., & Sallee, A. (1992). *Listen to our children: Clinical theory and practice* (2nd ed.). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Levinson, E. M. (1994). Current vocational assessment models for students with disabilities. *Journal of Counseling and Development, 73*(1), 94–101.

Levitsky, A., & Simkin, J. S. (1972). Gestalt therapy. In L. N. Solomon & B. Berzon (Eds.), *New perspectives on encounter groups* (pp. 245–253). San Francisco: Jossey-Bass.

Levitt, E. E. (1957). The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 189–196.

Lewis, J. A., Dana, R. Q., & Blevins, G. A. (2002). *Substance abuse counseling: An individualized approach* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Lewis, S. Y. (1994). Cognitive-behavioral therapy. In L. Comas-Díaz & B. Greene (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 223–238). New York: Guilford Press.

Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development, 82*, 38–48.

Liddle, H. (1982). On the problems of eclecticism: A call for epistemological clarification and human-scale theories. *Family Process, 21*, 243–250.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills, CA: Sage.

Linder, R. (1954). *The fifty-minute hour.* New York: Bantam Books.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.

Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 276–286.

Litton, F. W. (1986). Counseling the mentally retarded clinic. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 78–98). New York: Human Sciences Press.

Littrell, J. M., Caffrey, P., & Hopper, G. C. (1987). Counselor's reputation: An important precounseling variable for adolescents. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 228–231.

Littrell, J. M., Malia, J. A., & Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development, 73*, 451–458.

Livneh, H., & Wright, P. E. (1999). Rational-emotive theory. In D. Capuzzi & D. R. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (2nd ed.) (pp. 325–350). Columbus, OH: Merrill.

Locke, D. C. (1993). Diversity in the practice of mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 15*(3), 228–231.

Loeber, R., & Schmaling, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13*, 337–352.

Lonner, W. J. (1985). Issues in testing and assessment in cross-cultural counseling. *The Counseling Psychologist, 13*(4), 599–614.

Lopez, F. G. (1995). Contemporary attachment theory: An introduction with implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 23*(3), 395–415.

Lopez, F. M., Jr. (1966). *Evaluating executive decision making.* New York: American Management Association.

Los Angeles Unified School District. (1985). *Dropout prevention and recovery.* Los Angeles, CA: Author.

Lowe, R. N. (1982). Adlerian/Dreikursian family counseling. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), *Family counseling and therapy.* Itasca, IL: F. E. Peacock.

Luborsky, E. B., O'Reilly-Landry, M., & Arlow, J. A. (2008). Psychoanalaysis. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.) (pp. 15–62). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Lum, C. (1999). *A guide to state laws and regulations on professional school counseling.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Lundervold, D. A., & Belwood, M. F. (2000). The best kept secret in counseling: Single-case ($N = 1$) experimental designs. *Journal of Counseling and Development, 78*(1), 92–102.

Luzzo, D. A. (1996). A psychometric evaluation of the career decision-making self-efficacy scale. *Journal of Counseling and Development, 74*(3), 276–279.

Lyddon, W. J. (1995). Cognitive therapy and theories of knowing: A social constructionist view. *Journal of Counseling and Development, 73*, 579–585.

Lyddon, W. J., Bradford, E., & Nelson, J. P. (1993). Assessing adolescent and adult attachment: A review of current self-report measures. *Journal of Counseling and Development, 71*(4), 390–395.

Lynch, S. (1980). The mentor link: Bridging education and employment. *Journal of College Placement, 40*, 44–47.

Lynn, S. J., & Frauman, D. (1985). Group psychotherapy. In S. J. Lynn & F. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Model and methods* (pp. 419–458). Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Lynn, S. J., & Garske, J. P. (1985). *Contemporary psychotherapies: Models and methods.* Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11*, 357–369.

Mabe, A. R., & Rollin, S. A. (1986). The role of a code of ethical standards in counseling. *Journal of Counseling and Development, 64*(5), 294–297.

MacGregor, J., & Newlon, B. J. (1987). Description of a teenage pregnancy program. *Journal of Counseling and Development, 65*, 447.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror: Advances in the practice of strategic therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 1–35.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* New York: Basic Books.

Mahoney, M. J. (1995a). Continuing evolution of cognitive sciences and psychotherapies. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 39–68). Washington, DC: American Psychological Association.

Mahoney, M. J. (Ed.) (1995b). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice.* New York: Springer.

Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 16*(2), 190–234.

Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rationale, aims, and methods. *American Psychologist, 43*, 694–702.

Makover, R. B. (1992). Training psychotherapists in hierarchical treatment planning. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1*(4), 337–350.

Malan, D. (1976). *The frontier of brief psychotherapy.* New York: Basic Books.

Malan, D. H. (1980). The most important development since the discovery of the unconscious. In H. Davanloo (Ed.), *Short-term dynamic psychotherapy.* New York: Aronson.

Maldonado, A. (1982). Terapia de conducta y depresion: Un analisis experimental de los modelos conductal y cognitivo (Cognitive and behavioral therapy for depression. Its efficacy and interaction with pharmacological treatment). *Revista de psicologia general y aplicada, 37*(1), 31–56.

Maling, M. S., & Howard, K. I. (1994). From research to practice to research to. . . . In P. F. Talley, H. H. Strupp, & S. F. Butler (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap.* New York: Basic Books.

Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist, 33*(6), 776–818.

Mallinckrodt, B., & Helms, J. E. (1986). Effect of disabled counselors' self-disclosure on clients' perceptions of the counselor. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 343–348.

Maniacci, M. P. (1996). An introduction to brief therapy of the personality disorders. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 52*(2), 158–168.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mann, J. (1981). The core of time-limited psychotherapy: Time and central issue. In S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy.* New York: Guilford Press.

Mardirosian, K., McGuire, J. M., Abbott, D. W., & Blau, B. I. (1990). The effects of enhanced informal consent in a profile pregnancy counseling center. *Journal of Counseling and Development, 69,* 39–41.

Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marriage and family therapy. *American Psychologist, 7,* 788–801.

Marinoble, R. M. (1998). Homosexuality: A blind spot in the school mirror. *Professional School Counseling, 1*(3), 4–7.

Markham, A. N. (2004). Internet communication as a tool for qualitative research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method, and practice* (3rd. ed.) (pp. 95–124). Thousand Oaks, CA: Sage.

Marlatt, G. A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist, 38,* 1097–1110.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention.* New York: Guilford Press.

Martin, D. G. (1989). *Counseling and therapy skills* (2nd ed.). Prospect Heights, IL: Therapy Press.

Marziali, E. (1984). Predictions of outcomes of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry, 41,* 301–304.

Maslow, A. H. (1968). *Toward the psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Mason, M. J. (1996). Evaluation of an alcohol and other drug use prevention training program for school counselors in a predominantly Mexican American school district. *The School Counselor, 43*(4), 308–316.

Matsui, T., Ikeda, H., & Ohnishi, R. (1989). Relations of sex-typed socializations to career self-efficacy expectations of college students. *Journal of Vocational Behavior, 35,* 1–16.

Matsui, T., & Onglatco, M.-L. (1992). Career self-efficacy as a moderator of the relation between occupational stress and strain. *Journal of Vocational Behavior, 41,* 79–88.

Matus, R., & Neuhring, E. M. (1979). Social workers in primary prevention: Action and ideology in mental health. *Community Mental Health Journal, 15,* 33–38.

May, R. (1953). *Man's search for himself.* New York: Norton.

May, R. (1961). *Existential psychology.* New York: Random House.

May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (Rev. ed.). New York: Norton.

May, R. & Yalom, I. (2005). Existential psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

May, T. M. (1990). An evolving relationship. *The Counseling Psychologist, 18,* 266–270.

Mayer, J. D. (1999, September). Emotional intelligence: Popular or scientific psychology? *APA Monitor, 30,* 50.

Mayer, J. D. (2001). A field guide to emotional intelligence. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.),

Emotional intelligence in everyday life (pp. 3–24). Philadelphia: Psychology Press.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence, 27*(4), 267–298.

Mayer, J. D., Dipaolo, M. T., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment, 54*, 772–781.

Mayer, J. D., & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence, 22*, 89–113.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Maynard, R. A. (1996). *Kids having kids: A Robin Hood Foundation special report on the costs of adolescent childbearing*. New York: The Robin Hood Foundation.

Maze, M. (1984). How to select a computerized guidance system. *Journal of Counseling and Development, 63*(3), 158–162.

McAuley, E. (1985). Modeling and self-efficacy: A test of Bandura's model. *Journal of Sports Psychology, 7*, 283–295.

McBride, M. C., & Martin, G. E. (1990). A framework for eclecticism: The importance of theory to mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 12*, 495–505.

McCarthy, J., Downes, E. J., & Sherman, C. A. (2008). Looking back at adolescent depression. *Journal of Mental Health Counseling, 30*(1), 49–66.

McCarthy, P. R. (1982). Differential effects of counselor self-disclosure versus self-involving counselor statements across counselor-client gender pairings. *Journal of Counseling Psychology, 26*, 538–541.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the Five-Factor model of personality. *Journal of Personality, 57*(1), 17–40.

McDonough, R. L., & Russell, L. (1994). Alcoholism in women: A holistic, comprehensive care model. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(4), 459–474.

McDowell, W., Coven, A., & Eash, V. (1979). The handicapped: Special needs and strategies for counseling. *Personnel and Guidance Journal, 58*, 228–232.

McFadden, J. (1996). A transcultural perspective: Reaction to C. H. Patterson's "Multicultural counseling: From diversity to universality." *Journal of Counseling and Development, 74*(3), 232–235.

McFadden, J., & Brooks, D. K. (1983). *Counselor licensure action packet*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

McGlothlin, J. M. (2003). Response to the mini special issue on technology and group work. *Journal for Specialists in Group Work, 28*, 42–47.

McIntire, M., Marion, S. F., & Quaglia, R. (1990). Rural school counselors: Their communities and schools. *The School Counselor, 37*, 166–172.

McKenzie, V. M. (1986). Ethnographic findings on West Indian–American clients. *Journal of Counseling and Development, 65*, 40–44.

McMahon, R. J., & Forehand, R. (1988). Conduct disorders. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.) (pp. 105–156). New York: Guilford Press.

McMillan, J. H. (1984). Culture-fair tests. In R. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (pp. 335–336). New York: John Wiley & Sons.

McMurty, S. C. (1985, January–February). Secondary prevention of child maltreatment: A review. *Social Work*, 42–46.

McNair, L. D. (1992). African American women in therapy: An Afrocentric and feminist synthesis. *Women and Therapy, 12*(1/2), 5–19.

McNeill, B. W., May, R. J., & Lee, V. E. (1987). Perceptions of counselor source characteristics and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 86–89.

McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research, 1*, 74–78.

McRae, M. B. (1994). Interracial group dynamics: A new perspective. *Journal for Specialists in Group Work, 19*(3), 168–174.

McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice (2)2,* 101–117.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, A. M., & McWhirter, E. H. (1994). High- and low-risk characteristics of youth: The five Cs of competencies. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(3), 188–196.

Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist, 24*(1), 4–77.

Meichenbaum, D. (1972). Cognitive modifications of test-anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39,* 370–390.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training.* New York: Pergamon.

Meichenbaum, D. (1986). Cognitive behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 346–380). New York: Pergamon.

Meichenbaum, D., & Fitzpatrick, D. (1992). A constructivist narrative perspective on stress and coping: Stress inoculation applications. In L. Golderger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress.* New York: Free Press.

Melnick, R. R. (1975). Counseling responses as a function of method of problem presentation and type of problem. *Journal of Counseling Psychology, 22,* 108–112.

Melton, G. B. (1988). Ethical and legal issues in AIDS-related practice. *American Psychologist, 43*(11), 941–947.

Mendoza, R. H. (1989). An empirical scale to measure type and degree of acculturation in Mexican-American adolescents and adults. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 20,* 372–385.

Mental disorders may affect 1 in 5. (1984, October 3). *Washington Post,* p. A1.

Mercer, J. R. (1977). *SOMPA: System of Multicultural Pluralistic Assessment.* New York: Psychological Corp.

Merluzzi, T. V., & Brischetto, C. S. (1983). Breach of confidentiality and perceived trustworthiness of counselors. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 245–251.

Merrill, C., & Andersen, S. (1993). A content analysis of person-centered expressive therapy outcomes. *The Humanistic Psychologist, 21,* 354–363.

Messina, J. J. (1999). What's next for the profession of mental health counseling? *Journal of Mental Health Counseling, 21*(3), 285–294.

Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man.* Springfield, IL: Charles C Thomas.

Milich, R., & Dodge, K. A. (1984). Social information processing in child psychiatric population. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 471–490.

Miller, C. A., & Capuzzi, D. (1984). A review of transactional analysis outcome studies. *American Mental Health Counselors Association Journal, 6*(1), 30–41.

Miller, D. R. (1995). The school counselor and Christian fundamentalist families. *The School Counselor, 42*(4), 317–320.

Miller, G. D. (1989). What roles and functions do elementary school counselors have? *Elementary School Guidance and Counseling, 24,* 77–88.

Miller, G. M. (1982). Deriving meaning from standardized tests: Interpreting test results to clients. *Measurement and Evaluation in Guidance, 15,* 87–94.

Miller, J. B. (1987). *Toward a new psychology of women* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Miller, M. J., & Cochran, J. R. (1979). Evaluating the use of technology in reporting SCII results to students. *Measurement and Evaluation in Guidance, 12,* 166–173.

Miller, W. R. (1980). Treating the problem drinker. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity.* New York: Pergamon Press.

Miller, W. R., & Munoz, R. F. (1982). *How to control your drinking.* Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Mills, J. A., Bauer, G. P., & Miars, R. D. (1989). Use of transference in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 26*(3), 112–119.

Milner, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory: Manual* (Rev. ed.). Webster, NC: Psytec Corporation.

Minton, H. L., & McDonald, G. J. (1984). Homosexual identity formation as a developmental process. *Journal of Homosexuality, 9,* 91–104.

Minton, H. L., & Schneider, F. W. (1981). *Differential psychology.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

Mintz, J., Luborsky, L., & Auerbach, A. (1971). Dimensions of psychotherapy: A factor-analytic study of ratings of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36,* 106–120.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1980). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1984). *Family kaleidoscope.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mio, J. S., & Iwamasa, G. (1993). To do, or not to do: That is the question for white cross-cultural researchers. *The Counseling Psychologist, 21*(2), 197–212.

Miranti, J. G., & Burke, M. T. (1995). Spirituality: An integral component of the counseling process. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension* (pp. 1–4). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Mirin, S. M., Weiss, R. D., Michael, J., & Griffin, M. L. (1988). Psychopathology in substance abusers: Diagnosis and treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14*(2), 139–157.

Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. L. (1989). Delay of gratification in children. *Science, 244,* 933–938.

Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1993). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers.* Ellicott City, MD: Chevron.

Mitchell, L. K., & Krumboltz, J. D. (1987). The effects of cognitive restructuring and decision-making training on career indecision. *Journal of Counseling and Development, 66,* 171–174.

Mitchell, L. K., & Krumboltz, J. D. (2002). Social learning approach to career decision making: Krumboltz's theory. In D. Brown, L. Brooks, & Associates (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Monahan, J. (1993). Limiting therapist exposure to Tarasoff liability: Guidelines for risk containment. *American Psychologist, 48*(3), 242–250.

Moon, K. A. (2007). A client-centered review of Rogers with Gloria. *Journal of Counseling and Development, 85*(3), 277–285.

Moon, S. M., Dillon, D. R., & Sprenkle, D. H. (1990). Family therapy and qualitative research. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*(4), 357–373.

Moreno, J. (1988). Multicultural music therapy: The world music connection. *Journal of Music Therapy, 25*(1), 17–27.

Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (Vol. 1). Beacon, NY: Beacon House.

Mormar, C. R., & Horowitz, M. J. (1988). Diagnosis and phase-oriented treatment of post-traumatic stress disorder. In J. F. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaption to extreme stress: From Holocaust to Viet Nam.* New York: Plenum.

Morrissette, P. J. (2000). The experiences of the rural school counselor. *Professional School Counseling, 3*(3), 197–207.

Morrow, D., Worthington, E. L., & McCullough, M. E. (1993). Observers' perceptions of a counselor's treatment of a religious issue. *Journal of Counseling and Development, 71*(4), 452–456.

Morrow, P. C., Mullen, E. J., & McElvoy, J. C. (1990). Vocational behavior, 1989: The year in review. *Journal of Vocational Behavior, 37,* 121–195.

Morse, C. L., & Russell, T. (1988). How elementary counselors see their role: An empirical study. *Elementary School Guidance & Counseling, 23*(1), 44–62.

Mosak, H. (1991). Where have all the normal people gone? *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 47*(4), 437–446.

Mosak, H. & Maniacci, M (2008). Adlerian psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.) (pp. 63–106). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Moyerman, D. R., & Forman, B. D. (1992). Acculturation and adjustment: A meta-analytic study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 14,* 163–200.

Muller, L. E., & Hartman, J. (1998). Group counseling for sexual minority youth. *Professional School Counseling, 1*(3), 38–41.

Muro, J. J. (1981). On target—on top. *Elementary School Guidance and Counseling, 15,* 307–314.

Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P. J. (1983). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry, 41*, 33–41.

Murphy, J. J. (1994). Working with what works: A solution-focused approach to school behavior problems. *The School Counselor, 42*(1), 59–65.

Murray, C. E. (2009). Diffusion of innovation theory: A bridge for the research-practice gap in counseling. *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 108–116.

Myers, J. E., Sweeney, T. J., & White, V. E. (2002). Advocacy for counseling and counselors: A professional imperative. *Journal of Counseling and Development, 80*, 394–402.

Myers, L. J. (1988). *Understanding an Afrocentric worldview: Introduction to optimal psychology.* Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Myers, L. J., Speight, S. L., Highlen, P. S., Cox, C. I., Reynolds, A. L., Adams, E. M., & Hanley, C. P. (1991). Identity development and worldview: Toward an optimal conceptualization. *Journal of Counseling and Development, 70*(1), 54–63.

Myrick, R. D. (1987). *Developmental guidance and counseling. A practical approach.* Minneapolis, MN: Educational Media.

Myrick, R. D., & Sabella, R. A. (1995). Cyberspace: New place for counselor supervision. *Elementary School Guidance and Counseling, 30*(1), 35–44.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA, 285*(16), 2094–2100.

Nathan, P. E., & Harris, S. L. (1980). *Psychopathology and society* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

National Association of Social Workers. (1999). *Code of ethics.* Washington, DC: Author.

National Board for Certified Counselors (NBCC). (1997, December 1). *The practice of Internet counseling.* Retrieved March 23, 2005, from http://www.nbcc.org/ethics/webethics.htm

National Institute of Mental Health (NIMH). (1999). *Suicide fact sheet.* Retrieved March 23, 2005, from http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention/suifact.cfm

Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (1995). *Constructivism in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

NeJedlo, R. J., Arredondo, P., & Benjamin, L. (1985). *Imagine: A visionary model for the counselors of tomorrow.* Alexandria, VA: Association for Counselor Education and Supervision.

Nelson, M. D., Thomas, J. V., & Pierce, K. A. (1995). Inside-outside: A classroom discussion model for conflict resolution. *The School Counselor, 42*(5), 399–404.

Nelson, M. L., & Holloway, E. L. (1990). Relation of gender to power and involvement in supervision. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 473–481.

Nelson-Jones, R. (1992). *Group leadership: A training approach.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Nergaard, M. O., & Silberschatz, G. (1989). The effects of shame, guilt, and the negative reaction in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 26*, 330–337.

Neukrug, E. S., Barr, C. G., Hoffman, L. R., & Kaplan, L. S. (1993). Developmental counseling and guidance: A model for use in your school. *The School Counselor, 40*(5), 356–362.

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults.* Newbury Park, CA: Sage.

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist, 44*(2), 242–248.

Newcomb, N. S. (1994). Music: A powerful resource for the elementary school counselor. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(2), 150–155.

Newmark, C. S. (1985). *Major psychological assessment instruments.* Boston: Allyn & Bacon.

Nicholas, D., Gerstein, L., & Keller, K. (1988). Behavioral medicine and the mental health counselor. Roles and interdisciplinary collaboration. *Journal of Mental Health Counseling, 10*, 79–94.

Nichols, M. (1984). *Family therapy: Concepts and methods.* New York: Gardner Press.

Nichols, M. (1987a). The individual in the system. *Family Therapy Networker, 11*(2), 33–38, 85.

Nichols, M. (1987b). *The self in the system: Expanding the limits of family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Nichols, W. (1988). *Marital therapy: An integrative approach.* New York: Brunner/Mazel.

Nichols, W. C., & Everett, C. A. (1986). *Systematic family therapy: An integrative approach.* New York: Guilford Press.

Nicki, R. M., Remington, R. M., & MacDonald, G. A. (1984). Self-efficacy, nicotine fading/self-monitoring and cigarette-smoking behavior. *Behavior Research and Therapy, 22,* 477–485.

Nielsen, S. L., Smart, D. W., Isakson, R. L., Worthen, V. E., Gregersen, A. T., & Lambert, M. J. (2004). The *Consumer Reports* effective score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology, 51,* 25–37.

Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A., & Gretter, M. L. (1987). The clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 156–161.

No Child Left Behind Act of 2001, P.L. No. 107-110 (2002).

Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2003). Empirically supported (therapy) relationships: ESRs. *The Register Report, 29,* 22–27.

Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3–45). New York: Basic Books.

Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989). Clinical psychologists in the 1980's: II. Theory research, and practice. *The Clinical Psychologist, 42,* 45–53.

Northcutt, N., & McCoy, D. (2004). *Interactive qualitative analysis.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Nykodym, N., Rund, W., & Liverpool, P. (1986). Quality circles: Will transactional analysis improve their effectiveness? *Transactional Analysis Journal, 16,* 182–187.

Nystul, M. S. (1976). Identification and movement within three levels of social interest. *Journal of Individual Psychology, 30,* 211–215.

Nystul, M. S. (1978a). Adler as a Sherlockian. *The Individual Psychologist, 15*(1), 41–45.

Nystul, M. S. (1978b). The use of creative arts therapy within Adlerian psychotherapy. *The Individual Psychologist, 15,* 11–18.

Nystul, M. S. (1979a). Integrating current psychotherapies into Adlerian psychotherapy. *The Individual Psychologist, 16,* 23–29.

Nystul, M. S. (1979b). Three levels of a counseling relationship. *The School Counselor, 26,* 144–148.

Nystul, M. S. (1979c). The courage to be imperfect: Now more than ever. *Individual Psychologist, 26,* 15–19.

Nystul, M. S. (1980a). Nystulian play therapy: Applications of Adlerian psychology. *Elementary School Guidance and Counseling, 15,* 22–30.

Nystul, M. S. (1980b). Systematic training for effective parenting: STEP in Australia. *Australian Child and Family Welfare, 1–2,* 32–34.

Nystul, M. S. (1981). Avoiding roadblocks in counseling. *The Individual Psychologist, 18,* 21–28.

Nystul, M. S. (1982a). The effects of systematic training for effective parenting on parental attitudes. *The Journal of Psychology, 112,* 63–66.

Nystul, M. S. (1982b). Ten Adlerian parenting principles applied to the Navajos. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 38,* 183–198.

Nystul, M. S. (1984). Positive parenting leads to self-actualizing children. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 40,* 177–183.

Nystul, M. S. (1985a). An interview with Dr. Albert Ellis. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 41*(2), 243–254.

Nystul, M. S. (1985b). The use of motivation of modification techniques in Adlerian psychotherapy. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 44*(2), 199–209.

Nystul, M. S. (1986). Reaching in-reaching out: Treatment of an autistic child. *Mental Health Counselor's Association Journal, 8,* 18–26.

Nystul, M. S. (1987a). Creative arts therapy and the existential encounter. *The Creative Child and Adult Quarterly, 12*(3), 243–249.

Nystul, M. S. (1987b). Strategies of parent-centered counseling of the young. *The Creative Child and Adult Quarterly, 12*(2), 103–111.

Nystul, M. S. (1988). An interview with Dr. Shulman. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 44*(2), 210–216.

Nystul, M. S. (1991). An interview with Jon Carlson. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 47*(4), 498–503.

Nystul, M. S. (1994a). Increasing the positive orientation to Adlerian psychotherapy: Redefining the concept of "basic mistakes." *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 50*(3), 271–278.

Nystul, M. S. (1994b). The use of normalizing and structuring in the counseling process. *Counseling and Human Development, 26*(8), 11–12.

Nystul, M. S. (1995). A problem solving approach to counseling: Integrating Adler's and Glasser's theories. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(4), 297–302.

Nystul, M. S. (1999). Problem solving counseling: Integrating Adler's and Glasser's theories. In R. E. Watts & J. Carlson (Eds.), *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 31–42). Philadelphia: Accelerated Development.

Nystul, M. S. (2002a). Emotional balancing: A parenting technique to enhance parent-child relationships. In R. E. Watts (Ed.), *Techniques in marriage and family counseling* (Vol. 2) (pp. 125–132). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Nystul, M. S. (2002b). The role of parental emotions in parenting. *New Zealand Journal of Counseling, 23*, 29–39.

Nystul, M. S. (in press). Transcendental Meditation. In P. Rossi (Ed.). *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Sciences* (4th ed.) New Jersey: John Wiley & Sons.

Nystul, M. S. & Devall, E. L. (in press). Single parenthood. In P. Rossi (Ed.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Sciences* (4th ed.) New Jersey: John Wiley & Sons.

Nystul, M. S., Emmons, R., & Cockrell, K. (1992). The use of pet therapy in counseling. *New Zealand Journal of Counseling, 14*(1), 32–35.

Nystul, M. S. & Garde, M. (1979). The self-concept of regular transcendental meditators, dropout meditators, and nonmeditators. *Journal of Psychology, 103*, 15–18.

Nystul, M. S., & Musynska, E. (1976). Adlerian treatment of a classical case of stuttering. *Journal of Individual Psychology, 32*(2), 194–202.

O'Brien, S. (1983). *Child pornography*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

O'Connor, M. (1992). Psychotherapy with gay and lesbian adolescents. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.

O'Tolle, M. E. (1999). *The school shooter: A threat assessment perspective*. Quantico, VA: FBI.

Office of Strategic Services. (1948). *Assessment of men*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Ohlsen, M. M. (1970). *Group counseling*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Oklahoma State Department of Education. (1988). *Building skills for tomorrow: A developmental guidance model*. Oklahoma City: State Board of Affairs.

Okun, B. F. (2002). *Effective helping interviewing and counseling techniques* (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Oliver, L. W. (1977). Evaluating career counseling outcome for three modes of test interpretation. *Measurement and Evaluation in Guidance, 10*, 153–161.

Oliver, L. W., & Spokane, A. R. (1983). Research integration: Approaches, problems and recommendations for research reporting. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 252–257.

Oliver, L. W., & Spokane, A. R. (1988). Career-intervention outcome: What contributes to clients' gain? *Journal of Counseling Psychology, 35*(4), 447–462.

Olson, D. H., & DeFrain, J. (1997). *Marriage and family: Diversity and strengths* (2nd ed.). Mountain View, CA: Mayfield Press.

Orbach, I., Feshbach, S., Carlson, G., Glaubman, H., & Gross, Y. (1983) Attraction and repulsion by life and death in suicidal and in normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 661–670.

Orenchuk-Tomiuk, N., Matthey, G., & Christensen, C. P. (1990). The resolution model: A comprehensive treatment framework in sexual abuse. *Child Welfare, 69*(5), 417–431.

Orlando, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: John Wiley & Sons.

Orton, G. L. (1997). *Strategies for counseling with children and their parents.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Osipow, S. H. (1990). Convergence in theories of career choice and development: Review and prospects. *Journal of Vocational Behavior, 36,* 122–131.

Osipow, S. H. (1996). *Theories of career development* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Othmer, E., & Othmer, S. C. (1989). *The clinical interview: Using DSM-III-R.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Page, B. J., Delmonico, D. L., Walsh, J., L'Amoreaux, N. A., Danninhirsh, C., Thompson, R. S., Ingram, A. I., & Evans, A. D. (2000). Setting up on-line support groups using the Palace software. *Journal for Specialists in Group Work, 25,* 133–145.

Page, B. J., Jencius, M. J., Rehfuss, M. C., Foss, L. L., Dean, E. P., Petruzzi, M. L., et al. (2003). PalTalk online groups: Process and reflections on students' experience. *Journal for Specialists in Group Work, 28,* 35–41.

Paisley, P. O., & Benshoff, J. M. (1996). Applying developmental principles to practice: Training issues for the professional development of school counselors. *Elementary School Guidance and Counseling, 30*(3), 163–169.

Paisley, P. O., & Borders, D. L. (1995). School counseling: An emerging specialty. *Journal of Counseling and Development, 74*(2), 150–153.

Paisley, P. O., & DeAngelis-Peace, S. (1995). Developmental principles: A framework for school counseling programs. *Elementary School Guidance and Counseling, 30*(2), 85–93.

Paivio, S., & Greenberg, L. (1992). *Resolving unfinished business: A study of effects.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.

Palmatier, L. L. (1990). Reality therapy and brief strategic interactional therapy. *Journal of Reality Therapy, 9*(2), 3–17.

Palmo, A. J. (1986). Professional identity of the mental health counselor. In A. J. Palmo & W. J. Weikel (Eds.), *Foundations of mental health counseling.* Springfield, IL: Charles C Thomas.

Paniagua, F. A. (1996). Cross-cultural guidelines in family therapy practice. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 4*(2), 127–138.

Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2001). *Human development* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

Paradise, L. V., Conway, B. S., & Zweig, J. (1986). Effects of expert and referent influence, physical attractiveness, and gender on perceptions of counselor attributes. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 16–22.

Paradise, L. V., & Kirby, P. C. (1990). Legal issues in group work: Some perspectives on the legal liability of group counseling in private practice. *The Journal for Specialists in Group Work, 15*(2), 114–118.

Parette, H. P., & Hourcade, J. J. (1995). Disability etiquette and school counselors: A commonsense approach toward compliance with the Americans with Disabilities Act. *The School Counselor, 52*(3), 224–233.

Parr, G. D., & Ostrovsky, M. (1991). The role of moral development in deciding how to counsel children and adolescents. *The School Counselor, 39,* 14–19.

Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation.* Boston: Houghton Mifflin.

Passons, W. R. (1975). *Gestalt approaches in counseling.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Pate, R. H., & Bondi, A. M. (1992). Religious beliefs and practice: An integral aspect of multicultural awareness. *Counselor Education and Supervision, 32*(2), 108–115.

Pate, R. H., & Miller-Bondi, A. (1995). Religious beliefs and practice: An integral aspect of multicultural awareness. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Patterson, C. H. (1986). *Theories of counseling and psychology.* New York: Harper & Row.

Patterson, C. H. (1989). Eclecticism in psychotherapy: Is integration possible? *Psychotherapy, 26*(2), 157–161.

Patterson, C. H. (1992). Values in counseling and psychotherapy. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Ethical and spiritual values in counseling* (pp. 107–120). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Patterson, C. H. (1996). Multicultural counseling: From diversity to universality. *Journal of Counseling and Development, 74*(3), 227–231.

Patterson, C. H. (2004). Do we need multicultural counseling competencies? *Journal of Mental Health Counseling, 26*, 67–73.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., DeBaryshe, R. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329–335.

Patterson, J. B., McKenzie, B., & Jenkins, J. (1995). Creating accessible groups for individuals with disabilities. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(2), 76–82.

Pattison, E. M., & Kaufman, E. (1982). The alcoholism syndrome: Definitions and models. In E. M. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (pp. 3–30). New York: Gardner Press.

Pavlov, I. P. (1906). The scientific investigation of the psychical faculties of processes in the higher animals. *Science, 24*, 613–619.

Pearson, J., Lunday, B., Rohrbach, L., & Whitney, D. (1985). *Project SMART: A social approach to drug abuse prevention.* Unpublished curriculum guide, University of Southern California, Health Behavior Research Institute, Los Angeles, CA.

Pedersen, P. (1987). Ten frequent assumptions of cultural bias in counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 15*(1), 16–24.

Pedersen, P. (1988). *A handbook for developing multicultural awareness.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Pedersen, P. (Ed.). (1991a). Multiculturalism as a fourth force in counseling (Special Issue). *Journal of Counseling and Development, 70.*

Pedersen, P. (1991b). Multiculturalism as a generic approach to counseling. *Journal of Counseling and Development, 70*(1), 6–12.

Pedersen, P. (1993). The multicultural dilemma of white cross-cultural researchers. *The Counseling Psychologist, 21*(2), 229–232.

Pedersen, P. (1997). The cultural context of the American Counseling Association Code of Ethics. *Journal of Counseling and Development, 76*(1), 23–28.

Peer, G. G. (1985). The status of secondary school guidance: A national survey. *The School Counselor, 32*(3), 181–189.

Peluso, P. R., Peluso, J. P., White, J. F., & Kern, R. (2004). A comparison of attachment theory and individual psychology: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development, 82*, 139–145.

Penrose, L. S., & Raven, J. C. (1936). A new series of perceptual tasks: Preliminary communication. *British Journal of Medical Psychology, 16*, 97–104.

Pepinsky, H. B., & Pepinsky, P. N. (1954). *Counseling: Theory and practice.* New York: Ronald Press.

Perls, F. (1969a). *Gestalt therapy verbatim.* Moab, UT: Real People Press.

Perls, F. (1969b). *In and out of the garbage pail.* Moab, UT: Real People Press.

Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48*(2), 155–168.

Peterson, D. R. (1995). The reflective educator. *American Psychologist, 50*(12), 975–983.

Peterson, D. R. (2000). Scientist-practitioner or scientific practitioner? *American Psychologist, 55*(2), 252–253.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of inter-group contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*, 751–783.

Phillips, S. D., & Blustein, D. L. (1994). Readiness for career choices: Planning, exploring, and deciding. *Career Development Quarterly*, 63–73.

Phillips, S. D., Cairo, P. C., Blustein, D. L., & Myers, R. A. (1988). Career development and behavior, 1987: A review. *Journal of Vocational Behavior, 33*, 119–184.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children* (M. Cook, Trans.). New York: Norton.

Piaget, J. (1955). *The language and thought of the child.* New York: New American Library. (Original work published 1923).

Piaget, J. (1965). *The moral judgment of the child* (M. Gabain, Trans.). New York: Free Press. (Original work published 1936).

Pincus, H. A., Goodwin, F. K., Barchas, J. D., Cohen, D. J., Judd, L. L., Meltzer, H. Y., & Vaillant, G. E. (1989). The future of the science of psychiatry. In J. A. Talbott

(Ed.), *Future directions for psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Pipal, J. E. (1995). Managed care: Is it the corpse in the living room? An expose. *Psychotherapy, 32*(2), 323–332.

Pistole, M. C. (1993). Attachment relationships: Self-disclosure and trust. *Journal of Mental Health Counseling, 15,* 94–106.

Poidevant, J. M., & Lewis, H. A. (1995). Transactional analysis theory. In D. Capuzzi and D. R. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions.* Columbus, OH: Merrill.

Polansky, N., Chalmers, M., Buttenwieser, E., & Williams, D. (1981). *Damaged parents: An anatomy of child neglect.* Chicago: University of Chicago Press.

Polich, J. M., Armor, D. M., & Braiker, H. B. (1981). *The course of alcoholism: Four years after treatment.* New York: Wiley.

Polich, J. M., Ellickson, P. L., Reuter, P., & Kahan, J. P. (1984). *Strategies for controlling adolescent drug use.* Santa Monica, CA: Rand.

Polk, E. (1977). Dance therapy with special children. In K. Mason (Ed.), *Dance therapy: Focus on dance VII* (pp. 56–58). Washington, DC: American Alliance for Health, Physical Education, and Recreation.

Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 126–136.

Ponterotto, J. G., & Casas, J. M. (1991). *Handbook of racial/ethnic minority counseling research.* Springfield, IL: Charles C Thomas.

Ponzo, Z. (1992). Promoting successful aging: Problems, opportunities, and counseling guidelines. *Journal of Counseling and Development, 71,* 210–213.

Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association. *American Psychologist, 47*(3), 397–411.

Pope-Davis, D. B., & Ottavi, T. M. (1994). Examining the association between self-reported multicultural counseling competencies and demographic variables among counselors. *Journal of Counseling and Development, 72,* 651–654.

Pope-Davis, D. B., Toporek, R. L., Ortega-Villalobos, L., Ligiero, D. P., Brittan-Powell, C. S., Liu, W. M., Bashshur, M. R., et al. (2002). Client perspectives of multicultural counseling competence: A qualitative examination. *The Counseling Psychologist, 30,* 355–393.

Popkin, M. H. (2000). Youth violence in our communities—And what we can do. *The Journal of Individual Psychology, 56*(4), 395–410.

Portman, T. A. A. (2009). Faces of the future: School counselors as cultural mediators. *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 21–27.

Prince, J. P. (1995). Influences on the career development of gay men. *Career Development Quarterly, 44*(2), 148–167.

Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis.* Chicago: Dorsey Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102–1114.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Public Law 94-142, *The Education for All Handicapped Children Act of 1975,* coded at 20 U.S.C. Sec. 613 et. seq., implementing regulations at 45 C.F.R. Part 121a. (1975).

Puig-Antich, J., Perel, J. M., Lupatkins, W., Chambers, W. J., Tabrizi, M. A., King, J., Goetz, R., Davies, M., & Stiller, R. L. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 44,* 81–89.

Puryear, D. A. (1979). *Helping people in crisis.* San Francisco: Jossey-Bass.

Putman, S. E. (2009). The monsters in my head: Posttraumatic stress disorder and the child survivor of sexual abuse. *Journal of Counseling and Development, 87*(1), 80–89.

Quay, H. C., & Petersen, D. R. (1983). *Interim manual for the revised behavior problem checklist.* Unpublished manuscript, University of Miami.

Quintana, S. M., & Holahan, W. (1992). Termination in short-term counseling: Comparison of successful and unsuccessful cases. *Journal of Counseling Psychology, 39*(3), 299–305.

Radbill, S. X. (1980). Children in a world of violence: A history of child abuse. In C. H. Kempe & R. E. Helfer

(Eds.), *The battered child.* Chicago: University of Chicago.

Raffa, H., Sypek, J., & Vogel, W. (1990). Commentary on reviews of "outcome" studies of family and marital psychotherapy. *Contemporary Family Therapy, 12*(1), 65–73.

Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management Journal, 26*(2), 368–376.

Raiche, B. M., Fox, R., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the mildly behaviorally disordered child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 123–143). New York: Human Sciences Press.

Raimy, V. (1950). *Training in clinical psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling and Development, 74*(4), 368–373.

Rapaport, D. (1958). The theory of ego autonomy: A generalization. *Bulletin of Menninger Clinic, 22,* 13–35.

Rapin, L. S., & Keel, L. (1998). *Association for specialists in group work: Best practice guidelines.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Raskin, N. J., & Rogers, C. R. (2005). Person-centered therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.) (pp. 133–167). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Raskin, P. A., & Israel, A. C. (1981). Sex role imitation in children: Effects of sex of child, sex of model, and sex role appropriateness of modeled behavior. *Sex Roles, 7*(11), 1067–1077.

Raskin, P. M. (1987). *Vocational counseling: A guide for the practitioner.* New York: Teachers College Press.

Rawlings, E. I. (1993). Reflections on "Twenty Years of Feminist Counseling and Therapy." *The Counseling Psychologist, 21*(1), 88–91.

Rawlins, M. E., Eberly, C. G., & Rawlins, L. D. (1991). Infusing counseling skills in test interpretation. *Counselor Education and Supervision, 31,* 109–120.

Read, H., Fordham, M., & Adler, G. (Eds.). (1953–1978). *Jung's collected works.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Reams, R., & Friedrich, W. N. (1983). *Play therapy: A review of outcome research.* Seattle, WA: University of Washington, Department of Psychology.

Reddy, M., Borum, R., Berglund, J., Vossekuil, B., Fein, R., & Modzeleski, W. (2001). Evaluating risk for targeted violence in schools: Comparing risk assessment, threat assessment, and other approaches. *Psychology in the Schools, 38*(2), 152–172.

Reisetter, M., Korcuska, J. S., Yexley, M., Bonds, D., Nikels, H., & McHenry, W. (2004). Counselor educators and qualitative research: Affirming a research identity. *Counselor Education and Supervision, 44*(1), 2–16.

Remafedi, G. (1987). Homosexual youth: A challenge to contemporary society. *JAMA, 258,* 222–225.

Remley, T. P. (1991). *Preparing for court appearances.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Reynolds, C. R. (1982). The problem of bias in psychological assessment. In C. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Eds.), *The handbook of school psychology.* New York: John Wiley & Sons.

Reynolds, M. (1976). Threats to confidentiality. *Social Work, 21,* 108–113.

Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relocation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 54,* 653–660.

Rhyne, J. (1987). Gestalt art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Ribak-Rosenthal, N., & Russell, T. T. (1994). Dealing with religious differences in December: A school counselor's role. *Elementary School Counseling and Guidance, 28*(4), 295–301.

Rice, K. G. (1990). Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence, 19,* 511–536.

Rice, K. G., & Meyer, A. L. (1994). Preventing depression among young adolescents: Preliminary process results of a psycho-educational program. *Journal of Counseling and Development, 73*(2), 145–152.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *Strategy for counseling and psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). A theistic spiritual strategy for psychotherapy. In P. S. Richards & A. E. Bergin (Eds.), *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (pp. 3–32), Washington, DC: American Psychological Association.

Richardson, B. K., & Bradley, L. J. (1985). *Community agency counseling: An emerging specialty in counselor education programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Richardson, M. S. (1996). From career counseling to counseling/psychotherapy and work, job, and career. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 347–360). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Richardson, T. Q., & Molinaro, K. L. (1996). White counselor self-awareness: A prerequisite for developing multicultural competence. *Journal of Counseling and Development, 74*(3), 238–242.

Ricks, M. H. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. *Monograph of the Society for Research on Child Development, 50,* 211–227.

Ridley, C. R., & Kleiner, A. J. (2003). Multicultural counseling competence: History, themes, and issues. In D. B. Pope-Davis, H. L. K. Coleman, W. M. Liu, & R. L. Toporek (Eds.), *Handbook of multicultural competencies in counseling and psychology* (pp. 3–20), Thousand Oaks, CA: Sage.

Ridley, C. R., Li, L. C., & Hill, C. L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualization, and practical application. *The Counseling Psychologist, 26,* 827–910.

Ridley, C. R., Mendoza, D. W., & Kanitz, B. E. (1994). Multicultural training: Reexamination, operationalization, and integration. *The Counseling Psychologist, 22*(2), 227–289.

Rigazio-DiGilio, S. A. (1994). A co-constructive-developmental approach. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(1), 43–74.

Rimm, D. C., & Cunningham, H. M. (1985). Behavior therapies. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies.* Columbus, OH: Merrill/Macmillan.

Riordan, R. J., & Wilson, L. S. (1989). Bibliotherapy: Does it work? *Journal of Counseling and Development, 67,* 506–508.

Ritchie, M. H., & Partin, R. L. (1994). Parent education and consultation activities of school counselors. *The School Counselor, 41*(3), 165–170.

Rittenhouse, J. A. (1997). Feminist principles in survivors' groups: Out-of-group contact. *Journal for Specialists in Group Work, 22*(2), 111–119.

Ritter, K. Y., & O'Neill, C. W. (1995). Moving through loss: The spiritual journey of gay men and lesbian women. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension* (pp. 127–141). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Robbins, A. (1985). Working towards the establishment of creative arts therapies as an independent profession. *The Arts in Psychotherapy, 12,* 67–70.

Robins, L., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 38,* 381–389.

Robson, B. E. (2002). Changing family patterns: Developmental impacts on children. In J. Carlson & J. Lewis (Eds.), *Counseling the adolescent: Individual, family and school interventions* (4th ed.) (pp. 261–278). Denver, CO: Love.

Roe, A. (1956). *The psychology of occupations.* New York: Wiley.

Roe, A., & Lunneborg, P. W. (2002). Personality development and career choice. In D. Brown, L. Brooks, & Associates (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Rogers, C. (1939). *The clinical treatment of the problem child.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95–103.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1970). *On encounter groups.* New York: Harper & Row.

Rogers, C. (1981). *A way of being.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics.* Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Rogers, C., & Wood, J. K. (1974). Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 211–258). New York: Bruner/Mazel.

Rogers, F., & Sharapan, H. (1993). Play. *Elementary School Guidance and Counseling, 28*(1), 10–16.

Roll, S. A., Crowley, M. A., & Rappl, L. E. (1985). Client perceptions of counselor's nonverbal behavior: A reevaluation. *Counselor Education and Supervision, 24,* 234–243.

Romano, J. L., & Kachgal, M. M. (2004). Counseling psychology and school counseling: An underutilized partnership. *The Counseling Psychologist, 32,* 184–215.

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: Norton.

Rotatori, A. F., Banbury, M., & Sisterhen, D. (1986). Overview of counseling exceptional students. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 21–38). New York: Human Sciences Press.

Rotatori, A. F., Gerber, P. J., Litton, F. W., & Fox, R. A. (Eds.). (1986). *Counseling exceptional students.* New York: Human Sciences Press.

Roth, E. A. (1987). A behavioral approach to art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Rothenberg, P. S. (1995). *Race, class, and gender in the United States: An integrated study.* New York: St. Martin's Press.

Rowe, F. A. (1989). College students' perceptions of high school counselors. *The School Counselor, 36,* 260–264.

Rowe, W., Behrens, J. T., & Leach, M. M. (1995). Racial/ethnic identity and racial consciousness: Looking back and looking forward. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 218–235). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ruben, A. M. (1989). Preventing school dropouts through classroom guidance. *Elementary School Guidance and Counseling, 24,* 21–29.

Rubin, J. A. (1987). Freudian psychoanalytic theory: Emphasis on uncovering and insight. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Rubisch, J. C. (1995). Promoting postsecondary education in rural schools. *The School Counselor, 42*(5), 404–409.

Rudd, M. D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19,* 173–183.

Ruden, R. A., & Byalick, M. (1997). *The craving brain: The biobalance approach to controlling addiction.* New York: HarperCollins.

Rupert, P. A., & Baird, K. A. (2004). Managed care and the independent practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(2), 185–193.

Russell, R. L., & Lucariello, J. (1992). Narrative, yes; narrative ad infinitum, no! *American Psychologist, 47*(5), 671–672.

Russell, T., & Madsen, D. H. (1985). *Marriage counseling report user's guide.* Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Russo, T. J., & Kassera, W. (1989). A comprehensive needs-assessment package for secondary school guidance programs. *The School Counselor, 36,* 265–269.

Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 19*(3), 603–626.

Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., et al. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 9,* 335–364.

Ryan, N. E. (1999). *Career counseling and career choice goal attainment.* Unpublished doctoral dissertation, Loyola University, Chicago.

Saayman, G. S., Faber, P. A., & Saayman, R. V. (1988). Archetypal factors revealed in the study of marital breakdown: A Jungian perspective. *Journal of Analytical Psychology, 33,* 253–276.

Sager, C. (1976). *Marriage contracts and couple therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Sakolske, D. H., & Janzen, H. L. (1987). Dependency. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Children's needs: Psychological perspectives* (pp. 157–166). Washington, DC: The National Association of School Psychologists.

Salkind, N. (1994). *Child development* (7th ed.). San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.

Salomone, P. R. (1988). Career counseling: Steps and stages beyond Parsons. *Career Development Quarterly, 36*, 218–221.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9*, 185–211.

Sampson, J. P. (1990). Computer-assisted testing and the goals of counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 18*, 227–239.

Sampson, J. P. (1994). Factors influencing the effective use of computer-assisted career guidance: The North American experience. *British Journal of Guidance and Counselling, 22*(1), 91–106.

Sampson, J. P., Jr., Shahnasarian, M., & Reardon, R. C. (1987). Computer-assisted career guidance: A national perspective on the use of DISCOVER and SIGI. *Journal of Counseling and Development, 65*(8), 416–419.

Samuels, A. (1985). *Jung and the post-Jungians*. London: Routledge & Kegan Paul.

Samuels, A. (1989). Analysis and pluralism: The politics of psyche. *Journal of Analytical Psychology, 34*, 33–51.

Sandhu, D. S., & Aspy, C. B. (1997). *Counseling for prejudice prevention and reduction*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Sandhu, D. S., & Portes, P. R. (1995). The proactive model of school counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling, 18*, 11–20.

Satir, V. M. (1983). *Conjoint family therapy* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Satir, V. M. (1988). *The new peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Saucier, M. G. (2004). Midlife and beyond: Issues for aging women. *Journal of Counseling and Development, 82*, 420–425.

Savickas, M. L. (1994). A festschrift for Donald E. Super. *The Career Development Quarterly, 43*(1), 3.

Savickas, M. L. (1996). A framework for linking career theory and practice. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. 191–208). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory. *Career Development Quarterly, 45*, 247–259.

Savickas, M. L., & Walsh, W. B. (1996). Toward convergence between career theory and practice. In M. L. Savickas & W. B. Walsh (Eds.), *Handbook of career counseling theory and practice* (pp. xi–xvi). Palo Alto, CA: Davies-Black.

Sayger, T. V., Horne, A. M., & Glaser, B. A. (1993). Marital satisfaction and social learning family therapy for child conduct problems: Generalization of treatment effects. *Journal of Marital and Family Therapy, 19*, 393–402.

Scarborough, J. L., & Culbreth, J. R. (2008). Examining discrepancies between actual and preferred practice of school counselors. *Journal of Counseling and Development, 86*(4), 446–459.

Schulte, J. M. (1992). The morality of influencing in counseling. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Ethical and spiritual values in counseling* (pp. 107–120). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Schultz, C., & Nystul, M. S. (1980). Mother-child interaction behavior as an outcome of theoretical models of parent group education. *Journal of Individual Psychology, 36*, 16–29.

Schultz, C., Nystul, M. S., & Law, H. (1980). Attitudinal outcomes of theoretical models of parent group education. *Journal of Individual Psychology, 37*, 107–112.

Schultz, W. C. (1977). *FIRO-B* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Scott, C. N., Kelly, F. D., & Tolbert, B. L. (1995). Realism, constructivism, and the individual psychology of Alfred Adler. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 51*(1), 5–20.

Schwartz, J. P., & Waldo, M. (2003). Interpersonal manifestations of lifestyle: Individual psychology integrated with interpersonal theory. *Journal of Mental Health Counseling, 25*, 101–111.

Schwartz, R. C. (2008). Psychosocial symptoms and poor insight as predictors of homicidality among clients with psychosis: Implications for counseling practice and research. *Journal of Counseling and Development, 86*(4), 471–481.

Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

Seligman, L. (1986). The manuscript evaluation process used by AACD journals. *Journal of Counseling and Development, 65*(4), 189–192.

Seligman, L. (1994). *Developmental career counseling and assessment* (2nd. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Seligman, L. (1998). *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating adult mental disorders* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Seligman, M. (1991). *Learned optimism.* New York: Knopf.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *American Psychologist, 50*(12), 965–974.

Selvini-Palazzoli, M. (1980). Why a long interval between sessions? The therapeutic control of the family-therapist suprasystem. In M. Andolfi & I. Zwerling (Eds.), *Dimensions of family therapy.* New York: Guilford Press.

Selzer, M. L. (1971). Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 127,* 1653–1658.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization.* New York: Doubleday/Currency.

Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications and research directions. *The Counseling Psychologist, 22*(1), 6–78.

Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(4), 345–360.

Shafranske, E. P. (Ed.). (1996). *Religion and clinical practice of psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Shakespeare, W. (1938). *The works of William Shakespeare: Gathered into one volume.* New York: Oxford University Press.

Shannon, J. W., & Woods, W. J. (1991). Affirmative psychotherapy for gay men. *The Counseling Psychologist, 19*(2), 197–215.

Sharf, R. S. (2001). *Applying career development theory to counseling* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Sharpley, C. F. (2007). So why aren't counselors reporting $n = 1$ research designs? *Journal of Counseling & Development, 85,* 349–356.

Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the "big five" personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18,* 536–545.

Shaw, H. E., & Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling and Development, 84*(1), 41–53.

Shaw, M. D., & Goodyear, R. K. (1984, April). Introduction to special issues on primary prevention. *The Personnel and Guidance Journal,* 444–445.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 147,* 711–718.

Sherman, R., & Dinkmeyer, D. (1987). *Systems of family therapy: An Adlerian integration.* New York: Brunner/Mazel.

Sherrard, P. A. D., & Amatea, E. S. (1994). Looking through the looking glass: A preview. *Journal of Mental Health Counseling, 16*(1), 3–5.

Sherrard, P. A. D., & Amatea, E. S. (2003). Ecosystem theory. In D. Capuzzi & D. R. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (3rd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Sherwood-Hawes, A. (1995). Nontraditional approaches to counseling and psychotherapy. In D. Capuzzi & D. R. Douglas (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill.

Shields, C. G. (1986). Critiquing the new epistemologies: Towards minimum requirements for scientific theory of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 12,* 359–372.

Shneidman, E. S. (1976). A psychological theory of suicide. *Psychiatric Annals, 6,* 51–66.

Shneidman, E. S. (1984). Suicide. In R. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 3) (pp. 383–386). New York: Wiley.

Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Litman, R. E. (1976). *The psychology of suicide.* New York: Aronson.

Shoda, Y., Mischel, W., & Peake, P. K. (1990). Predicting adolescent cognitive and self-regulatory competencies from

preschool delay of gratification: Identifying diagnostic conditions. *Developmental Psychology, 26,* 978–986.

Sholevar, G. (1985). Marital therapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry IV* (Vol. 2). Baltimore: Williams & Wilkins.

Shostrom, E. L. (Producer). (1965). *Three approaches to psychotherapy* (film). Orange, CA: Psychological Films.

Shulman, B. H. (1973). *Contributions to individual psychology.* Chicago: Alfred Adler Institute.

Sifneos, P. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy.* New York: Plenum.

Sifneos, P. (1984). The current status of individual short-term dynamic psychotherapy and its future. *American Journal of Psychotherapy, 38*(4), 472–483.

Silver, R. A. (1987). A cognitive approach to art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text, and interaction* (2nd ed.). London: Sage.

Silverman, D. (2004). Who cares about 'experience'? Missing issues in qualitative research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method, and practice* (3rd ed.) (pp. 342–367). Thousand Oaks, CA: Sage.

Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry, 43,* 43–48.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support-seeking and support-giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62,* 434–446.

Sire, J. W. (1976). *The universe next door.* Downers, IL: Intervarsity.

Sisterhen, D., & Rotatori, A. F. (1986). Counseling the hearing-impaired child. In A. F. Rotatori, P. J. Gerber, F. W. Litton, & R. A. Fox (Eds.), *Counseling exceptional students* (pp. 162–178). New York: Human Sciences Press.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* New York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1961). *Cumulative record.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist, 45,* 1206–1210.

Sklare, G., Keener, R., & Mas, C. (1990). Preparing members for "here and now" group counseling. *Journal for Specialists in Group Work, 15*(3), 141–148.

Sloane, B., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smart, D. W., & Smart, J. F. (1997). DSM-IV and culturally sensitive diagnosis: Some observations for counselors. *Journal of Counseling and Development, 75*(5), 392–398.

Smart, J. F., & Smart, D. W. (1995). Acculturative stress: The experience of the Hispanic immigrant. *The Counseling Psychologist, 23*(1), 25–42.

Smith, D. C. (1993). Exploring the religious-spiritual needs of the dying. *Journal of Counseling and Values, 37,* 71–77.

Smith, D. C., & Sandu, D. S. (2004). Toward a positive perspective on violence prevention in schools: Building connections. *Journal of Counseling and Development, 82*(3), 287–293.

Smith, E. J. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist, 34*(1), 13–79.

Smith, H. B., & Robinson, G. P. (1995). Mental health counseling: Past, present, and future. *Journal of Counseling and Development, 74*(2), 158–162.

Smith, L., Foley, P. F., & Chaney, M. P. (2008). Addressing classism, ableism, and heterosexism in counselor education. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 303–309.

Smith, M. B. (1994). Selfhood at risk: Postmodern perils and the perils of postmodernism. *American Psychologist, 49*(5), 405–411.

Smith, M. L., & Glass, G. J. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752–760.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, R. L. (1994). Directions in marriage and family graduate level training. *Counselor Education and Supervision, 34,* 180–183.

Smith, R. L., Carlson, J., Stevens-Smith, P., & Dennison, M. (1995). Marriage and family counseling. *Journal of Counseling and Development, 2*(74), 154–157.

Snell, W. E., Jr., Hampton, B. R., & McManus, P. (1992). The impact of counselor and participant gender on willingness to discuss relational topics: Development of the relationship disclosure scale. *Journal of Counseling and Development, 70*, 409–416.

Snyder, D. K. (1981). *Marital Satisfaction Inventory (MSI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Snyder, J. J. (1977). Reinforcement analysis of interaction in problem and nonproblem families. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 528–535.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1984). The aftermath of heresy: A response to Pendery et al.'s (1982) critique of "Individualized Behavior Therapy for Alcoholics." *Behavior Research and Therapy, 22*, 413–447.

Sodowsky, G. R., Kwan, K. L. K., & Pannu, R. (1995). Ethnic identity of Asians in the United States. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 123–154). Thousand Oaks, CA: Sage.

Solomon, J. (1996, May 20). Breaking the silence. *Newsweek*, 20–24.

Solomon, M. A. (1973). A developmental, conceptual premise for family therapy. *Family Process, 12*, 179–188.

Sommers-Flanagan, R., Barrett-Hakanson, T. B., Clarke, C., & Sommers-Flanagan, J. (2000). A psychoeducational school-based coping and social skills group for depressed students. *Journal for Specialists in Group Work, 25*, 170–190.

Sonstegard, M. A., Hagerman, H., & Bitter, J. (1975). Motivation modification: An Adlerian approach. *The Individual Psychologist, 12*, 17–22.

Sparks, R. W., & Deck, J. W. (1994). Melodic intonation therapy. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia* (pp. 368–379). Baltimore: Williams & Wilkins.

Spencer, G. (1977). Effectiveness of an introductory course in TA. *Transactional Analysis Journal, 7*, 346–349.

Spengler, P. M., Blustein, D. L., & Strohmer, D. C. (1990). Diagnostic and treatment overshadowing of vocational problems by personal problems. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 372–381.

Sperry, L. (1987). ERIC: A cognitive map for guiding brief therapy and health care counseling. *Individual Psychology, 43*(2), 237–241.

Sperry, L. (1989a). Assessment in marital therapy: A couples-centered biopsychosocial approach. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 45*, 446–451.

Sperry, L. (1989b). Varieties of brief therapy: An introduction. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 45*(1/2), 1–2.

Sperry, L., & Carlson, J. (1991). *Marital therapy: Integrating theory and technique*. Denver, CO: Love.

Spiegelman, J. M. (1989). The one and the many: Jung and the post-Jungians. *Journal of Analytical Psychology, 34*, 53–71.

Spitz, R. (1946). Anaditic depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 2*, 113–117.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B., & First, M. B. (2002). *The DSM-IV-TR casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spivak, H., & Prothrow-Stith, D. (2001). The need to address bullying: An important component of violence prevention. *JAMA, 285*(16), 2131–2132.

Spruill, D. A., & Fong, M. L. (1990). Defining the domain of mental health counseling: From identity confusion to consensus. *Journal of Mental Health Counseling, 12*(1), 12–23.

Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9*, 251–268.

Sroufe, L. A., & Cooper, R. G. (1996). *Child development: Its nature and course* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Stabler, B. (1984). *Children's drawings*. Chapel Hill, NC: Health Science Consortium.

Stanard, R., & Hazler, R. (1995). Legal and ethical implications of HIV and duty to warn for counselors: Does Tarasoff apply? *Journal of Counseling and Development, 73*(4), 397–400.

Starker, S. (1988). Psychologists and self-help books: Attitudes and prescriptive practices of clinicians. *American Journal of Psychotherapy, 42*, 448–455.

Steenbarger, B. N. (1992). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *The Counseling Psychologist, 20*(3), 403–450.

Stern, M., & Newland, L. M. (1994). Working with children: Providing a framework for the roles of counseling psychologist. *The Counseling Psychologist, 22*(3), 402–425.

Sternberg, R. J., Wagner, R. K., Williams, W. M., & Horvath, J. A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist, 50*(11), 912–926.

Stile, S. W. (1993). *N = 1 handbook: Designs for inquiry in special education and related services.* Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Stinnet, N., & DeFrain, J. (1985). *Secrets of strong families.* Boston: Little, Brown.

Stoltz, K. B. & Kern, R. M. (2007). Integrating lifestyle, the therapeutic process, and the stages of change. *The Journal of Individual Psychology, 63*(1), 32–47.

Stoltz-Loike, M. (1996). Annual review: Practice and research in career development and counseling—1995. *The Career Development Quarterly,* 99–140.

Strachey, J. (Ed.). (1953–1974). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.* London: Hogarth Press.

Strassberg, Z., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. *Development and Psychopathology, 6,* 445–462.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family.* Garden City, NY: Doubleday/Anchor.

Stricker, G., & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist, 50*(12), 995–1002.

Strober, M., Hanna, G., & McCracken, J. (1989). Bipolar illness. In C. Last & M. Hersens (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis.* New York: Wiley.

Strohmer, D. C., & Biggs, D. A. (1983). Effects of counselor disability status on disabled subjects' perceptions of counselor attractiveness and expertness. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 202–208.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15,* 215–224.

Strong, S. R., & Claiborn, C. D. (1982). *Change through interaction.* New York: John Wiley & Sons.

Strupp, H. H. (1992). The future of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 29*(1), 21–27.

Stuart, R. B. (1983). *Couples' pre-counseling inventory, counselor's guide.* Champaign, IL: Research Press.

Sue, D. W. (1978). World views and counseling. *The Personnel and Guidance Journal, 56,* 458–462.

Sue, D. W. (1981). *Counseling the culturally different: Theory and practice.* New York: John Wiley & Sons.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development, 70,* 477–486.

Sue, D. W., Bermier, T. E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E. T., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist, 10*(2), 45–52.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, Lin, A. I. Bucceri, G. C., Holder, J. M., Nadal, A.M.B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist, 62*(4), 271–286.

Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Sue, D. W., Nadal, K. L., Capodilupo, C. M., Lin, A. I., Torino, G. C., & Rivera, D. P. (2008). Racial microaggressions against Black Americans: Implications for counseling. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 330–338.

Sue, D. W., & Sue, D. (1977). Barriers to effective cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology, 24,* 420–429.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Sue, S. (1988). Psychotherapeutic services for ethnic minorities. *American Psychologist, 43*(4), 301–308.

Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 783–820). New York: John Wiley & Sons.

Suinn, R. M., Rickard-Figueroa, K., Lew, S., & Vigil, S. (1987). The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: An initial report. *Education and Psychological Measurement, 47,* 401–407.

Suit, J. L., & Paradise, L. V. (1985). Effects of metaphors and cognitive complexity on perceived counselor characteristics. *Journal of Counseling Psychology, 32,* 23–28.

Sullivan, H. S. (1968). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: Norton.

Sundberg, N. D. (1977). *Assessment of persons.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Super, D. E. (1957). *The psychology of careers.* New York: Harper & Row.

Super, D. E. (1970). *Work values inventory.* Boston: Houghton Mifflin.

Super, D. E. (1980). A life-span, life-space approach to career development. *Journal of Vocational Behavior, 16,* 282–298.

Super, D. E. (1990). A life-span, life-space approach to career development. In D. Brown & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development: Applying contemporary theories to practice* (pp. 197–261). San Francisco: Jossey-Bass.

Super, D. E. (2002). A life-span, life-space approach. In D. Brown, L. Brooks, & Associates (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Sutton, J. M., Jr., & Southworth, R. S. (1990). The effect of the rural setting on school counselors. *The School Counselor, 37,* 173–178.

Svanum, S., & McAdoo, W. G. (1989). Predicting rapid relapse following treatment for chemical dependence: A matched subjects design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 222–226.

Swan, G. E., & MacDonald, M. D. (1978). Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy, 9,* 799–807.

Swanson, J. L. (1992). Vocational behavior, 1989–1991: Life-span career development and reciprocal interaction of work and nonwork. *Journal of Vocational Behavior, 41,* 101–161.

Swanson, J. L., & Gore, P. A. (2000). Advances in vocational psychology, theory, and research. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 233–269). New York: John Wiley.

Sweeney, T. J. (1988). Building strong school counseling programs: Implications for counselor preparation. In G. R. Walz & J. C. Bleuer (Eds.), *Building strong school counseling programs.* Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Szymanski, D. M., & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism: A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist, 36*(4), 510–524.

Takanishi, R. (1993). The opportunities of adolescence—research, interventions, and policy. *American Psychologist, 48,* 85–87.

Talbutt, L. C. (1986). The abused child. In L. B. Golden & D. Capuzzi (Eds.), *Helping families help children* (pp. 45–58). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Talerico, C. J. (1986). The expressive arts and creativity as a form of therapeutic experience in the field of mental health. *The Journal of Creative Behavior, 20*(4), 229–247.

Talkington, L. W., & Riley, J. B. (1971). Reduction diets and aggression in institutionalized mentally retarded patients. *American Journal of Mental Deficiency, 76,* 370–372.

Tanaka-Matsumi, J., & Higginbotham, H. N. (1994). Clinical application of behavior therapy across ethnic and cultural boundaries. *The Behavior Therapist, 17*(6), 123–126.

Tarasoff v. Board of Regents of the University of California, 13 Cal. 3d 177, 529 P.2d 553 (1974), vacated, 17 Cal. 3d 425, 551 P.2d 334 (1976).

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist, 48,* 3–23.

Taylor, N. B., & Pryor, R. G. L. (1985). Exploring the process of compromise in career decision making. *Journal of Vocational Behavior, 27,* 171–190.

Taylor, R. (1979). *The gifted and the talented.* Englewood, CO: Educational Consultant Agency.

Taylor, R. M., & Morrison, L. P. (1984). *Taylor-Johnson temperament analysis manual.* Los Angeles: Psychological Publications.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103,* 193–210.

Teasdale, J. D., Fennell, M. J. V., Hibbert, G. A., & Amies, P. L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry, 144,* 400–406.

Tennyson, W. W., Miller, G. D., Skovholt, T. G., & Williams, R. C. (1989). Secondary school counselors:

What do they do? What is important? *The School Counselor, 36,* 253–259.

Terrell, M. D. (1993). Ethnocultural factors and substance abuse: Toward culturally sensitive treatment models. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*(3), 162–167.

Tesolowski, D. G., Rosenberg, H., & Stein, R. J. (1983, July, August, September). Advocacy intervention: A responsibility of human service professionals. *Journal of Rehabilitation,* 12–17.

Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Thomas, K. R., & Weinrach, S. G. (2004). Mental health counseling and the AMCD multicultural counseling competencies: A debate. *Journal of Mental Health Counseling, 1,* 41–43.

Thomas, M. D. (1989). The role of the secondary school counselor: The counselor in effective schools. *The School Counselor, 36,* 249–252.

Thomas, R. V., & Pender, D. A. (2008). Association for specialists in group work: Best practice guidelines 2007 revisions. *The Journal for Specialists in Group Work, 33*(2), 111–117.

Thompson, C. E., & Neville, H. A. (1999). Racism, mental health, and mental health practices. *The Counseling Psychologist, 27*(2), 155–223.

Thompson, C. L., & Rudolph, L. B. (2003). *Counseling children* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Thompson, J. M., Flynn, R. J., & Griffith, S. A. (1994). Congruence and coherence as predictors of congruent employment outcomes. *Career Development Quarterly, 42,* 271–281.

Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 385–390.

Thompson, R. A. (1993). Posttraumatic stress and posttraumatic loss debriefing: Brief strategic intervention for survivors of sudden loss. *The School Counselor, 41,* 16–22.

Thompson, R. A. (1996). *Counseling techniques: Improving relationships with others, ourselves, our families, and our environment.* Washington, DC: Accelerated Development.

Thompson, R. A., & Wilcox, B. L. (1995). Child maltreatment research. *American Psychologist, 50*(9), 789–793.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine, 140,* 227–235.

Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues, 16,* 537–568.

Topper, M. D. (1985). Navajo "alcoholism": Drinking, alcohol abuse, and treatment in a changing cultural environment. In L. A. Bennett & G. M. Ames (Eds.), *The American experience with alcohol: Contrasting cultural perspectives.* New York: Plenum Press.

Towberman, D. B. (1992). Client-counselor similarity and the client's perception of the treatment environment. *Journal of Offender Rehabilitation, 18*(1/2), 159–171.

Tremblay, R. E., LeBlanc, M., & Schwartzman, A. E. (1988). The predictive power of first-grade peer and teacher ratings of behavior: Sex differences in antisocial behavior and personality at adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 571–583.

Trevino, J. G. (1996). Worldview and change in cross-cultural counseling. *The Counseling Psychologist, 24*(2), 198–215.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy.* Chicago: Aldine.

Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: John Wiley & Sons.

Trzepacz, P. T., & Baker, R. (1993). *The psychiatric mental status examination.* New York: Ford University Press.

Tucker, C. M., Ferdinand, L. A., Mirsu-Paun, A., Herman, K. C., Delgado-Romero, E., van den Bern, J. J., & Jones, J. D. (2007). The roles of counseling psychologist in reducing health disparities. *The Counseling Psychologist, 35*(5), 650–678.

Tucker, C. M., Herman, K. C., Ferdinand, L. A., Bailey, T. R., Lopez, M. T., Beato, C., Adams, D., & Cooper, L. L. (2007). Poviding patient-centered culturally sensitive health care: A Formative model. *The Counseling Psychologist, 35*(5), 679–705.

Tuma, J. M. (1989). Mental health services in children: The state of the art. *American Psychologist, 44*(2), 188–199.

Turner, R. M., & Ascher, L. M. (1979). Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 500–508.

Tyrer, K., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., et al. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomizied controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent self-harm. *Psychological Medicine, 29,* 19–25.

Tyson, J. A., & Wall, S. M. (1983). Effect of inconsistency between counselor verbal and nonverbal behavior on perceptions of counselor attributes. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 433–437.

Unger, R. (1989). Selection and composition criteria in group psychotherapy. *Journal for Specialists in Group Work, 14*(3), 151–157.

Usher, C. H. (1989). Recognizing cultural bias in counseling theory and practice: The case of Rogers. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 17,* 62–71.

Utsey, S. O., Ponterotto, J. G., & Porter, J. S. (2008). Prejudice and racism, year 2008—Still going strong: Research on reducing prejudice with recommended methodological advances. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 339–347.

Vacc, N. A. (1989). Group counseling: C. H. Patterson—A personalized view. *Journal for Specialists in Group Work, 14*(1), 4–15.

Vacha-Haase, T., Davenport, D. S., & Kerewsky, S. D. (2004). Problematic students: Gatekeeping practices of academic professional psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(2), 115–122.

Vail-Smith, K., Knight, S. M., & White, D. M. (1995). Children of substance abusers in the elementary school: A survey of counselor perceptions. *Elementary School Guidance and Counseling, 29*(3), 163–176.

Valliant, G. E. (1977). *Adaptation to life.* Boston: Little, Brown.

Valliant, G. E. (1983). *The natural history of alcoholism.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Van Hoose, W. H. (1980). Ethics in counseling. *Counseling and Human Development, 13*(1), 1–12.

Van Slyck, M., Stern, M., & Zak-Place, J. (1996). Promoting optimal adolescent development through conflict resolution education, training, and practice: An innovative approach for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist, 24*(3), 433–461.

VandenBos, G. R. (1996). Outcome assessment of psychotherapy. *American Psychologist, 51*(10), 1005–1006.

Vera, E. M., & Speight, S. L. (2003). Multicultural competence, social justice, and counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 31*(3), 253–272.

Vernon, A. (1995). Working with children, adolescents, and their parents: Practical application of developmental theory. *Counseling and Human Development, 27*(7), 1–12.

Vernon, P. E., & Parry, J. B. (1949). *Personnel selection in the British forces.* London: University of London Press.

Vinson, M. L. (1995). Employing family therapy in group counseling with college students: Similarities and a technique employed in both. *Journal for Specialists in Group Work, 20*(4), 240–252.

Volkow, N. D., Wong, G. J., Fischman, M. W., Foltin, R. W., Fowler, J. S., Abumrad, N. N., Vitkuns, S., et al. (1997). Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature, 386,* 827–833.

Von Bertalanffy, L. V. (1968). *General systems theory: Foundations, development, application.* New York: Braziller.

Vondracek, F. W., Lerner, R. M., & Schulenberg, J. M. (1986). *Career development: A lifespan approach.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Vontress, C. E. (1973). Counseling the racial and ethnic minorities. *Focus on Guidance, 5*(6), 1–10.

Vontress, C. E. (1988). An existential approach to cross-cultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 16,* 73–83.

Vossekuil, B., Reddy, M., & Fein R. (2001). The Secret Service's safe school initiative. *Education Digest, 66*(6), 410.

Wachtel, P. L. (1991). From eclecticism to synthesis: Towards a more seamless psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(1), 43–54.

Wadeson, H. (1980). *Art psychotherapy.* New York: John Wiley & Sons.

Wagner, E. (1971). Structural analysis: A theory of personality based on projective techniques. *Journal of Personality Assessment, 35,* 422–435.

Wagner, J., & Gartner, C. G. (1996). *Psychiatric Services, 47*(1), 15–20.

Wagner, W. G. (1994). Counseling with children: An opportunity for tomorrow. *The Counseling Psychologist, 22*(3), 381–401.

Wagner, W. G. (1996). Optimal development in adolescence: What it is and how it can be encouraged. *The Counseling Psychologist, 24*(3), 360–399.

Wahler, R. G., & Dumas, J. E. (1987). Family factors in childhood psychopathology: Toward a coercion neglect model. In T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology.* New York: Plenum Press.

Wakefield, J. C. (1997). When is development disordered? Developmental psychopathology and the harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Development and Psychopathology, 9,* 193–229.

Waldo, M., & Bauman, S. (1998). Regrouping the categorization of group work: A goals and process (GAP) matrix for groups. *Journal for Specialists in Group Work, 23*(2), 215–224.

Waldo, M., Horne, A. M., & Kenny, M. E. (2009). Developing healthy family relationships. In M. E. Kenny, A. M. Horne, P. Orpinas, & L. E. Reece (Eds.), *Realizing social justice: The challenge of preventive interventions* (pp. 207–227). Washington, DC: American Psychological Association.

Walsh, W. B. (1990). Putting assessment in context. *The Counseling Psychologist, 18,* 262–265.

Walsh, W. B., & Srsic, C. (1995). Annual review: Vocational behavior and career development—1994. *Career Development Quarterly, 44*(2), 98–145.

Walter, J., & Peller, J. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Waehler, C. A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 30,* 197–217.

Wartik, N. (2001, February). Bullying: A serious business. *Child,* 78–84.

Warwar, S., & Greenberg, L. S. (2000). Advances in theories of change and counseling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed.) (pp. 571–600). New York: Wiley & Sons.

Wastell, C. A. (1996). Feminist developmental theory: Implications for counseling. *Journal of Counseling and Development, 74*(6), 575–581.

Watkins, C. E. (1993). Person-centered theory and the contemporary practice of psychological testing. *Counseling Psychology Quarterly, 6*(1), 59–67.

Watkins, C. E., & Campbell, V. L. (1990). Testing and assessment in counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 18,* 189–197.

Watkins, C. E., Jr., Lopez, F. G., Campbell, V. L., & Himmell, C. D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 301–309.

Watkins, C. E., Jr., Schneider, L. J., Cox, J. R. H., & Reinberg, J. A. (1987). Clinical psychology and counseling psychology: On similarities and differences revisited. *Professional Psychology: Research and Practice, 18,* 530–535.

Watkins, C. E., Jr., & Subich, L. M. (1995). Annual review, 1992–1994: Career development, reciprocal work/non-work interaction, and women's workforce participation. *Journal of Vocational Behavior, 47,* 109–163.

Watkins, E. (1984). The individual psychology of Alfred Adler: Towards an Adlerian vocational theory. *Journal of Vocational Behavior, 24,* 27–48.

Watts, A. G. (1996). Toward a policy for lifelong career development: A transatlantic perspective. *Career Development Quarterly, 45*(1), 41–53.

Watts, R. E. (1993, Spring). Developing a personal theory of counseling: A brief guide for students. *Texas Counseling Association Journal,* 103–104.

Watts, R. E. (2000). Entering the new millennium: Is individual psychology still relevant? *Journal of Individual Psychology, 56,* 21–30.

Watts, R. E., & Pietrzak, D. (2000). Adlerian "encouragement" and the therapeutic process of solution-focused brief therapy. *Journal of Counseling and Development, 78,* 442–447.

Watts, R. E., Trusty, J., & Lim, M. (1996). Characteristics of healthy families as a model of systemic social interest. *Canadian Journal of Adlerian Psychology, 26*(1), 1–12.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.

Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 144–149.

Weighill, V. E., Hodge, J., & Peck, D. F. (1983). Keeping appointments with clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology, 22*, 143–144.

Weikel, W. J. (1985). The American Mental Health Counselors Association. *Journal of Counseling and Development, 63*, 457–460.

Weikel, W. J., & Taylor, S. S. (1979). AMHCA: Membership profile and five journal preferences. *AMHCA Journal, 1*, 89–94.

Weinberg, R. S., Hughes, H. H., Critelli, J. W., England, R., & Jackson, A. (1984). Effects of pre-existing and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality, 18*, 352–358.

Weiner, I. B. (1992). *Psychological disturbance in adolescence*. New York: Wiley.

Weinhold, B. K. (2007). Uncovering the hidden causes of bullying and school violence. In J. Carlson and J. Lewis (Eds.), *Counseling the adolescent* (5th ed.) (pp. 185–217). Denver, CO: Love.

Weinrach, S. G. (1988). Cognitive therapist: A dialogue with Aaron Beck. *Journal of Counseling and Development, 67*(3), 159–164.

Weinrach, S. G. (1995). Rational emotive behavior therapy: A tough-minded therapy for a tender-minded profession. *Journal of Counseling and Development, 73*(3), 296–300.

Weinrach, S. G., & Srebalus, D. J. (2002). Holland's theory of careers. In D. Brown, L. Brooks, & Associates (Eds.), *Career choice and development* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Weinrach, S. G., & Thomas, K. R. (2002). A critical analysis of the multicultural counseling competencies: Implications for the practice of mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling, 24*, 20–35.

Weinrach, S. G., & Thomas K. R. (2004). The AMCD multicultural counseling competencies: A critically flawed initiative. *Journal of Mental Health Counseling, 26*, 81–93.

Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, R. L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 830–841.

Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist, 47*(12), 1578–1585.

Welch, I. D., & McCarroll, L. (1993). The future role of school counselors. *The School Counselor, 41*(1), 48–53.

Wells, N. F., & Stevens, T. (1984). Music as a stimulus for creative fantasy in group psychotherapy with young adolescents. *The Arts in Psychotherapy, 11*, 71–76.

Werner, E. E. (1986). Resident offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcoholism, 47*, 34–41.

Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health, 13*, 262–268.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but not invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E. E, & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werth, J. L., Jr., & Crow, L. (2009). End of life care: An overview for professional counselors. *Journal of Counseling and Development, 87*(2), 194–202.

West, J. D., Hosie, T. W., & Mackey, J. A. (1988). The counselor's role in mental health: An evaluation. *Counselor Education and Supervision, 27*, 233–239.

Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L. & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist, 28*, 445–510.

Westgate, C. E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling and Development, 75*(1), 26–35.

Westwood, M. J., & Ishiyama, F. I. (1990). The communication process as a critical intervention for client change in cross-cultural counseling. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 18*(4), 163–171.

Whiston, S. C., & Keller, B. K. (2004). The influence of family of origin on career development: A review and analysis. *The Counseling Psychologist, 32*(4), 493–568.

Whiston, S. C., Sexton, T. L., & Lasoff, D. L. (1998). Career-intervention outcome: A replication and extension of Oliver and Spokane (1988). *Journal of Counseling Psychology, 45*, 150–165.

Whitaker, C. A. (1976). The hindrance of theory in clinical work. In P. J. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice.* New York: Gardner Press.

Whitaker, C. A. (1977). Process techniques of family therapy. *Interaction, 1*, 4–19.

Whitaker, C. A., & Bumberry, W. M. (1988). *Dancing with the family: A symbolic-experiential approach.* New York: Brunner/Mazel.

Whitaker, C. A., & Keith, D. V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 187–225). New York: Brunner/Mazel.

White, J. A., & Allers, C. T. (1994). Play therapy with abused children: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development, 72*(4), 390–394.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Whitledge, J. (1994). Cross-cultural counseling: Implications for school counselors in enhancing student learning. *The School Counselor, 41*(5), 314–318.

Wickman, S. A., & Campbell, C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversations with Gloria. *Journal of Counseling and Development, 81*, 178–184.

Wickman, S. A., Daniels, M. H., White, L. J., & Fesmire, S. A. (1999). A "primer" in conceptual metaphor for counselors. *Journal of Counseling and Development, 77*(4), 389–394.

Wiggins, J. D. (1985). Six steps towards counseling program accountability. *NASSP Bulletin, 69*(485), 28–31.

Wiggins-Frame, M. (1998). The ethics of counseling via the Internet. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 5*(4), 328–330.

Wilcoxon, S. A. (1985). Healthy family functioning: The other side of family pathology. *Journal of Counseling and Development, 63*, 495–499.

Wilkerson, C. D. (1967). The effects of four methods of test score presentation to eighth-grade students. *Dissertation Abstracts International.* 1318A (order number 67–12661).

Wilkinson, W. K., & McNeil, K. (1996). *Research for the helping professions.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Wilson, G. T. (2008). Behavior therapy. In R. J. Corsini and D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.) (pp. 223–259). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 261–269.

Wilson, J. Q., & Hernstein, R. J. (1985). *Crime and human nature.* New York: Simon & Schuster.

Wilson, L. (1987). Symbolism and art therapy: Theory and clinical practice. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique.* New York: Brunner/Mazel.

Wilson, R. E., Rapin, L. S., & Haley-Banez, L. (2000). *Association for specialists in group work: Professional standards for the training of group workers.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Wislocki, A. (1981). Movement is their medium: Dance movement methods in special education. *Milieu Therapy, 1*, 49–54.

Witmer, J. M., & Sweeney, T. J. (1995). A holistic model for wellness and prevention over the life span. In M. T. Burke & J. G. Miranti (Eds.), *Counseling: The spiritual dimension* (pp. 19–40). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Witty, C. (1980). *Mediation and society: Conflict management in Lebanon.* New York: Academic.

Wogan, M., & Norcross, J. C. (1985). Dimensions of therapeutic skills and techniques: Empirical identification, therapist correlates, and predictive utility. *Psychotherapy, 22*, 63–74.

Wolfe, D. A. (1988). Child abuse and neglect. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2nd ed.) (pp. 627–679). New York: Guilford Press.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

Woody, R. H., Hansen, J. C., & Rossberg, R. H. (1989). *Counseling psychology: Strategies and services.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Worthington, E. L., Jr. (1989). Religious faith across the life span: Implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist, 17,* 555–612.

Wright, R. (1994). *The moral animal: The new science of evolutionary psychology.* New York: Pantheon Books.

Wubbolding, R. (1986). *Reality therapy training.* Cincinnati, OH: Center for Reality Therapy.

Wubbolding, R. (1990). *Expanding reality therapy: Group counseling and multicultural dimensions.* Cincinnati, OH: Real World Publications.

Wubbolding, R. (2000). *Reality therapy for the 21st century.* Philadelphia: Taylor and Francis.

Wubbolding, R. (2003). Reality therapy theory. In D. Capuzzi & D. R. Douglas (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (3rd ed.) (pp. 252–282). Columbus, OH: Merrill.

Yager, J. (1989). A futuristic view of psychiatry. In J. Yager (Ed.), *The future of psychiatry as a medical specialty.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Yalom, I. D. (1980). *Existenital psychotherapy.* New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I. D., & Lieberman, M. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry, 25,* 16–30.

Yen, H. (2009, June 24). Graying nations will face struggles. *Albuquerque Journal,* Associated Press, p. A4.

Yontef, G., & Jacobs, L. (2005). Gestalt therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (7th ed.) (pp. 299–336). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Yontef, G., & Jacobs, L. (2008). Gestalt therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed.) (pp. 328–365). Belmont, CA.: Thomson Brooks/Cole.

Yontef, G. M., & Simkin, J. S. (1989). Gestalt therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (4th ed.) (pp. 323–361). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Yost, E., & Corbishley, M. (1987). *Career counseling: A psychological approach.* San Francisco: Jossey-Bass.

Young, M. E. (1992). *Counseling methods and techniques: An eclectic approach.* Columbus, OH: Merrill.

Younggren, J. N., & Gottlieb, M. C. (2004). Managing risk when contemplating multiple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 255–260.

Zaccaria, J. S., & Moses, J. A. (1968). *Facilitating human development through reading: The use of bibliotherapy through teaching and counseling.* Champaign, IL: Stipes.

Zajonc, R. B., & Mullally, P. R. (1997). Birth order: Reconciling conflicting effects. *American Psychologist, 52*(7), 685–699.

Zalaquett, C. P., Fuerth, K. M., Stein, C., Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2008). Reframing the DSM-IV-TR from a multicultural/social justice perspective. *Journal of Counseling and Development, 86*(3), 364–371.

Zerin, M. (1988). An application of the drama triangle to family therapy. *Transactional Analysis Journal, 18,* 94–101.

Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social policy report: Society for research in child development, 8*(4), 1–17.

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2000). Working with the sacred: Four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling and Development, 78*(2), 162–171.

Zunker, V. G. (2002). *Career counseling: Applied concepts of life planning* (6th ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Zytowski, D. G. (1985). *Kuder Occupational Interest Survey Form DD Manual Supplement.* Chicago: Science Research Associates.

Zytowski, D. G. (1994). A super contribution to vocational theory: Work values. *Career Development Quarterly, 43*(1), 25–31.

Zytowski, D. G., & Warman, R. E. (1982). The changing use of tests in counseling. *Measurement and Evaluation in Guidance, 15,* 147–152.

BIBLIOTHECA ALEXANDRINA
مكتبة الاسكندرية

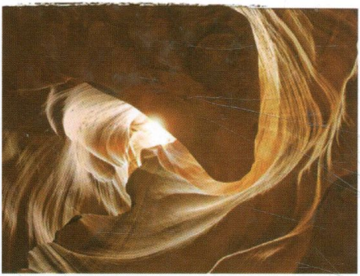
المدخل الى الارشاد النفسي

من منظور فني وعملي

INTRODUCTION TO CONUNSELING

An Art and Science Perspective

MICHAEL S . NYSTUL



Bibliotheca Alexandrina
12241067

ISBN 978-9957-92-0531
9 789957 920531

دار الفكر
ناشرون وموزعون
www.daralfiker.com